



**TRABAJO FIN DE GRADO EN ENFERMERÍA**

# **ROL DE LA ENFERMERA EN LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.**

REVISIÓN NARRATIVA.

Eva Botija Aguilera  
Tutora: Belén Cabello Tarrés

Facultad de Medicina  
Curso académico 2017-2018







## INDICE

Resumen.....	1
1. Introducción.....	4
2. Metodología.....	18
3. Resultados.....	21
5. Conclusiones.....	34
5. Bibliografía.....	37
6. Agradecimientos.....	44
7. ANEXOS.....	45

## RESUMEN

**Objetivo:** conocer las percepciones y el papel que desarrolla el o la profesional de Enfermería durante la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

**Material y métodos:** se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Cuiden, Scielo, Lilacs y en el repositorio Dialnet. Para la estrategia de búsqueda se utilizó un lenguaje controlado mediante los tesauros MeSH y DeCS. También se utilizaron palabras clave y búsquedas en lenguaje libre. Se limitó la búsqueda a material publicado en los últimos diez años, en idioma inglés y español y no se limitó la búsqueda según diseño de estudio.

**Resultados:** se seleccionaron y revisaron un total de 20 artículos mediante un análisis temático del contenido y se establecieron tres unidades de análisis donde se encuentran los principales hallazgos obtenidos. Estas unidades son: actitudes y percepciones de las enfermeras ante la IVE, percepción y experiencias de las mujeres sobre el cuidado de la enfermera en el proceso de su IVE y rol de la enfermera en la IVE.

**Conclusiones:** aunque la bibliografía es escasa, se ha comprobado que la IVE genera percepciones heterogéneas entre las mujeres y las enfermeras. El papel de la enfermera depende de la legislación y el Sistema Sanitario de cada país, aunque podríamos reconocer que la enfermera desempeña un papel importante en la acogida, cuidado, educación y seguimiento de la mujer en situación de aborto voluntario. Es necesario un cuidado integral, que contemple las necesidades psicológicas y sociales, y humanista, respetando su autonomía. En nuestro país, y a pesar de que la IVE se enmarca en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, es remarcable la escasez de documentos obtenidos.

**Palabras clave:** aborto inducido, rol de enfermería, interrupción voluntaria del embarazo, salud de la mujer.

## ABSTRACT

**Objective:** to know the scientific literature for the nurse's role in voluntary induced abortion.

**Methodology:** a narrative review was conducted with a bibliography search in Cinhal, Cuiden, Pubmed, Scielo, Lilacs data bases and Dialnet archive. Searches were made with and without any keywords from DecS and MeSH, specific words of each data base our free search, combined with AND, OR and NOT boolean operators. The search was limited to articles published during the past ten years and written in English or Spanish or Portuguese, making no differences about design of the study.

**Results:** twenty articles were scrutinized through a thematic content analysis, and classified within three analysis categories: nurse's perceptions and attitudes about induced abortion, women's perceptions and experiences about induced abortion care and nurse's role in induced abortion care.

**Conclusions:** it has been found that the voluntary termination of pregnancy generates heterogeneous perceptions among women and nurses. The role of the nurse depends on the legislation and health system of each country, although we can recognize the important role in the reception, care, education and monitoring of women in the situation of induced abortion. It is necessary an integral and humanistic care that responds to the physical, psychic and social needs of women and respect their autonomy. In Spain, the literature is scarce even though the abortion service has included in the National Health System.

**Keywords:** induced abortion, voluntary interruption of pregnancy, nursing care, nurse's role, women's health

## RESUMO

**Objetivo:** conhecer o papel da enfermeira no cuidado à mulher no processo de interrupção voluntária da gravidez (IVG).

**Metodologia:** foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados: Cinalh, Cuiden, Scielo, Lilacs e no repositório Dialnet. Para a busca de artigos e construção da pesquisa foram utilizados os descritores e palavras-chave padronizados pelos MeSH e DeCS. A pesquisa foi limitada ao material publicado nos últimos dez anos, em espanhol, português e inglês e não foi limitada pelo desenho do estudo.

**Resultados:** foram revisados 20 artigos mediante análise temática de conteúdo, e estabelecidas três unidades de análise: atitudes e percepções das enfermeiras sobre a IVG, percepção e experiências das mulheres sobre o cuidado no processo de sua IVG e o papel da enfermeira na IVG.

**Conclusões:** verificou-se que a IVG gera percepções heterogêneas entre as mulheres e as enfermeiras, embora a enfermeira tenha um papel importante no acolhimento, cuidado, educação e seguimento do tratamento da mulher em situação de aborto voluntário. Outro fator importante a se considerar é que o papel da enfermeira depende da legislação e do sistema sanitário de cada país. Essas mulheres necessitam de um cuidado integral e humanizado, com o objetivo de garantir sua autonomia, segurança e saúde além das necessidades físicas. Na Espanha, apesar da IVG ser um serviço incluído no Sistema Nacional de Saúde é considerável a escassez de bibliografia sobre o tema.

**Palavras-chave:** Aborto induzido, interrupção voluntária da gravidez, papel do Profissional de Enfermagem. saúde da mulher



## 1. INTRODUCCIÓN

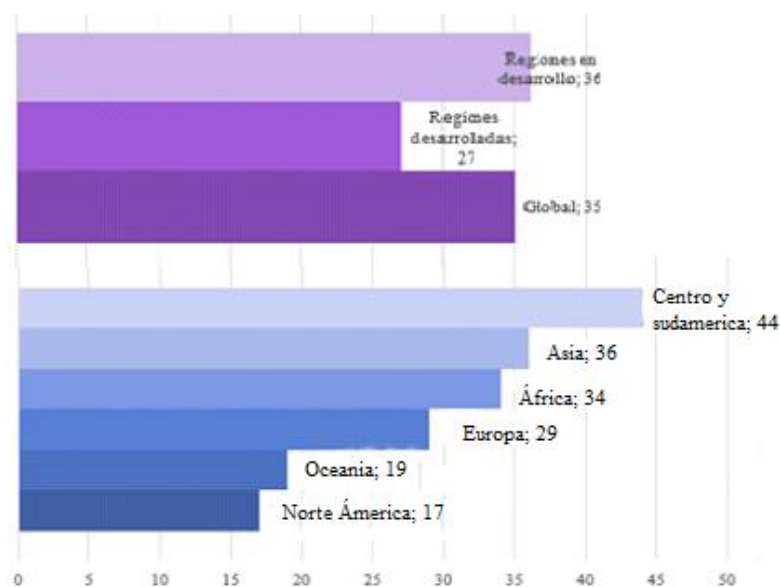
La palabra aborto viene del latín abortus y queda definida por la Real Academia Española como *interrupción del embarazo por causas naturales o provocadas* <sup>1</sup>. Esta definición queda acotada por diferentes libros de obstetricia y salud de la mujer definiendo aborto como *la interrupción espontánea o inducida del embarazo antes de la viabilidad fetal* <sup>2,3</sup>. El concepto viabilidad fetal se ve condicionado por el desarrollo del conocimiento médico y los recursos sanitarios, pero también por el contexto legal, ético y social. Por norma general, la viabilidad fetal se estima mediante la duración del embarazo y el peso de feto. La Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante) define aborto como la interrupción del embarazo de un feto de menos de 500 gramos de peso o antes de la semana veinte de edad gestacional, calculando la edad gestacional tomando de referencia la última menstruación o mediante biometría fetal <sup>4</sup>. Esta definición es respaldada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y corresponde a la definición con la que trabajaremos durante el trabajo. Desde una perspectiva sanitaria podemos diferenciar entre aborto espontáneo, aquel que se produce forma natural, y aborto inducido, aquel que es resultante de maniobras deliberadas con el objetivo de interrumpir el embarazo <sup>2</sup>.

La práctica del aborto inducido es tan antigua como la propia humanidad y su punibilidad ha dependido de la filosofía imperante y de las leyes en cada momento histórico. En general, las antiguas civilizaciones no castigaban el aborto; en la Antigua Grecia se consideraba que el feto no tenía alma, y filósofos como Aristóteles reconocían el aborto como estrategia para limitar las dimensiones de la familia. Esta decisión correspondía al patriarca de la familia. Ya en una época avanzada de Roma y después con el cristianismo, aparece cada vez mayor represión ante la práctica del aborto. Al comienzo de la Edad Media, el derecho canónico no penalizaba el aborto mientras el alma no animara el feto, es decir, mientras la madre no sintiese el feto, pero siempre que la decisión fuese tomada por el hombre, puesto que la mujer no tenía derecho a arrebatarse al marido su descendencia. En 1588, el Papa Sixto V establece todos los abortos como crímenes, alegando que la vida fetal era sagrada y el castigo iba desde la excomunión hasta la pena de muerte <sup>6</sup>. A finales del siglo XVIII y

principios del siglo XIX, con la Ilustración, se mantienen los debates entre las esferas intelectuales europeas consolidándose la disminución de penas para las mujeres y la concreción de una legislación que admitía el aborto inducido bajo supuestos como la violación o la pérdida de reputación. Fue Suiza, en 1920, el primer país en despenalizar el aborto a favor del derecho de la mujer de decidir <sup>6</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que quedan embarazadas 208 millones de mujeres al año. El 41% de los embarazos no es deseado (85 millones). Cada año, se calcula que se producen 22 millones de abortos inseguros, es decir *“procedimientos para finalizar un embarazo de forma voluntaria realizado por personas que carecen de la capacidad necesaria o en entornos donde se carece de un estándar médico mínimo”* <sup>7</sup>. Casi todos los abortos inseguros (98 %) se producen en países en vías de desarrollo. El Instituto Americano Guttmacher, en un reciente estudio sobre la situación del aborto en el mundo, estima que 35 abortos ocurren cada año por cada 1,000 mujeres de 15-44 años en todo el mundo (Figura 2); la tasa en las regiones desarrolladas es significativamente más baja que en las regiones en desarrollo (27 vs. 36 por 1,000) <sup>8</sup>.

**Gráfico 1. Tasa de aborto por cada 1.000 mujeres de entre 15 y 44 años.**



Fuente: Elaboración propia. Modificado de The Roadmap to Safe Abortion Worldwide: Lessons from New Global Trends on Incidence, Legality and Safety [Internet]. Guttmacher Institute. 2018

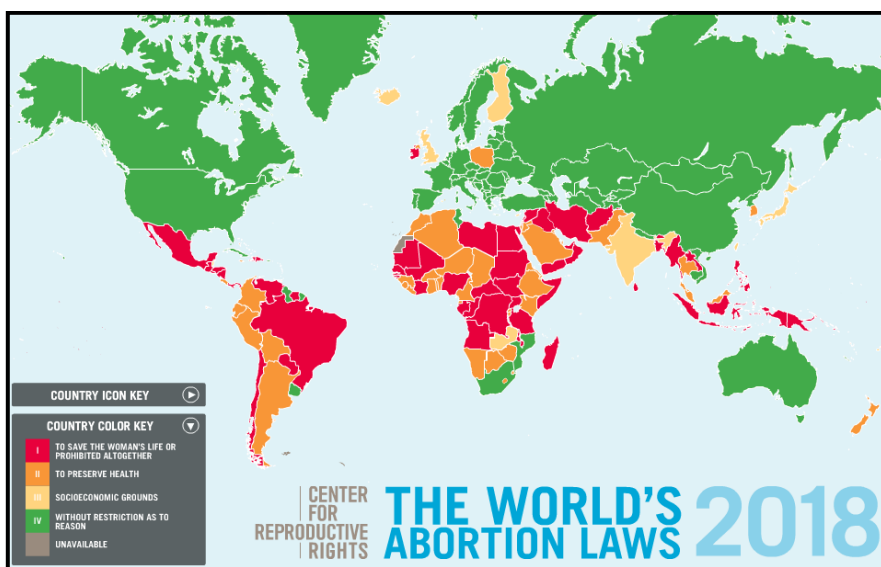
La OMS identificó entre las prácticas inseguras para la salud de las mujeres: la inserción de un objeto o sustancia en el útero, la aplicación de una fuerza externa en la parte inferior del abdomen, la ingesta de sustancias nocivas, y la dilatación y legrado hechos en forma incorrecta por un profesional no capacitado. Las complicaciones de este tipo de procedimientos incluyen rotura uterina, hemorragia, septicemia, peritonitis, traumatismos de órganos abdominales, discapacidad y muerte materna <sup>7</sup>.

Ante esta realidad, en 1967 la Asamblea Mundial de la Salud identificó el aborto inseguro como un problema de salud pública en muchos países y en 1994, 179 países firmaron el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en el que se comprometían en prevenir el aborto inseguro, mediante el acceso a servicios de anticoncepción y educación sexual, aborto seguro permitido por ley y una atención posterior a la interrupción del embarazo <sup>9</sup>. Un año después, en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Pekín, se reconoce por la mayoría de los países participantes que *“los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia”*<sup>10</sup>.

Actualmente la legislación del aborto en el mundo es muy heterogénea: existen países que garantizan el acceso a la IVE como un derecho fundamental de las mujeres y otros donde se penaliza la práctica con prisión para las mujeres y sanitarios que practiquen la IVE. La organización no gubernamental Center of Reproductive Rights, estudia y compara las leyes reproductivas y del aborto a nivel mundial, estableciendo categorías según el grado de liberación legal del aborto <sup>11</sup>. La primera categoría incluye los países donde el aborto se encuentra prohibido o únicamente permitido en caso de grave riesgo para la vida de la madre y, generalmente, estos países se encuentran en América del Sur, sur de Asia y África (representados en rojo en la Figura 1). La segunda y tercera categoría incluye los países que se rigen por leyes de supuestos, es decir, establecen condiciones más o menos restrictivas, bajo las que el aborto sería legal: desde contemplar únicamente la salud física de la madre hasta considerar la situación socioeconómica (representados en amarillo/naranja en la Figura 1). La cuarta categoría (en verde en la Figura 1) se corresponde a los países con leyes que

contemplan el aborto legal elegido por la madre y se rigen por leyes de plazos en los que la IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) está definida y amparada por la ley antes de una determinada edad gestacional. Sin embargo, resulta necesario aclarar que las leyes que regulan el aborto inducido se pueden aplicar de forma diferente a lo que sugiere su categorización. En algunos países donde se permite el aborto, la implementación inadecuada de las disposiciones legales puede hacer que los servicios de aborto seguro sean inaccesibles. Además, las leyes de aborto pueden interpretarse de manera más liberal o restrictiva de lo que sugiere una lectura literal de la ley, dependiendo de factores como el apoyo público al derecho al aborto, las opiniones de los funcionarios y sanitarios proveedores del aborto y las circunstancias individuales. Por lo tanto, las clasificaciones de los países no necesariamente indican hasta qué punto los servicios de aborto legal están realmente disponibles o permitidos en la práctica <sup>11</sup>

**Figura 1. Categorías de la legislación del aborto en el mundo.**



Fuente: The World's Abortion Laws [Internet]. Worldabortionlaws.com. 2018. Disponible en: <http://worldabortionlaws.com>

La proporción de mortalidad materna debido a un aborto es más alta en los países con restricciones importantes y más baja en los países donde el aborto inducido está amparado por la ley. Sin embargo, la probabilidad de que una mujer se someta a un aborto por un embarazo no deseado es similar. Es decir, existe suficiente evidencia como para afirmar que las restricciones legales no disminuyen la probabilidad de que las mujeres que se enfrentan a

un embarazo no deseado busquen un aborto, sino que aumenta la probabilidad de morbilidad materna <sup>7</sup>

A nivel de la Unión Europea (UE en adelante) el Parlamento aprobó la Resolución 2001/2128 sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados. En ella, siguiendo la línea de la ONU, se subraya que no se debe fomentar el aborto como método de planificación familiar y que la principal línea de acción de los países debe ser reforzar sus políticas sanitarias y sociales para la prevención de embarazos no deseados. Con el fin de desarrollar directrices y recomendaciones generales a la UE, se utilizan como ejemplo los países miembros que combinan una legislación permisiva de la IVE con políticas de salud reproductiva centradas en un eficaz servicio de planificación familiar, educación sexual y alta disponibilidad y calidad de anticonceptivos. Por lo tanto, se consensúa y recomienda la liberación legal del aborto o al menos su legalización bajo unos supuestos mínimos (riesgo para la salud de la mujer, malformación fetal, ser víctima de agresión sexual y aspectos socioeconómicos). El Parlamento Europeo recalca la necesidad de asegurar que estas intervenciones respeten y protejan la salud física y psíquica de la mujer, así como su libertad, bajo garantías higiénico-sanitarias y con asesoramiento y apoyo psicológico profesional durante todo el proceso <sup>12</sup>.

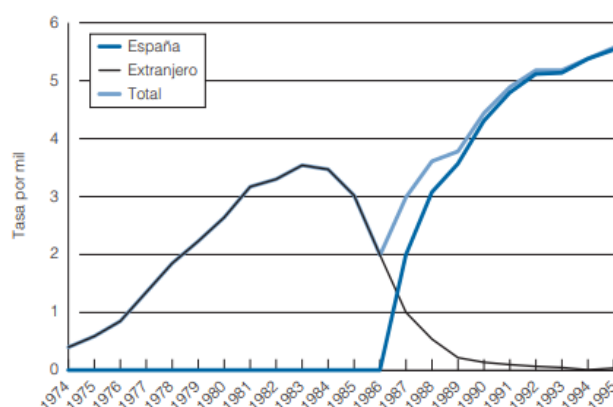
El Código Penal Español de 1822 fue el primero en tipificar el aborto como delito estableciendo penas de reclusión de hasta 8 años para las mujeres que abortaran y de hasta 14 años de prisión para los profesionales que lo facilitaran, así como la pérdida de la licencia para ejercer la profesión en el territorio español <sup>13</sup>. En las sucesivas reformas del Código Penal (1848, 1870, 1928 y 1932) se mantenía el aborto como delito modificando y tipificando las penas. Durante la II República, la Generalitat de Catalunya marcó precedentes en cuanto a la legalización del aborto en nuestro país con la Ley de Reforma Eugénica del Aborto, en la que se reguló el aborto quedando incluidas las causas terapéuticas, eugenésicas, socioeconómicas y las sentimentales o éticas <sup>14</sup>. Esta ley fue presentada ante el congreso para ampliar la territorialidad del decreto a nivel estatal por la Ministra de Sanidad Federica Montseny, primera mujer en ocupar un puesto de ministra en la historia de España, pero fue rechazado por el Congreso <sup>15</sup>.

El Código Penal de la dictadura (1944) no solo criminalizaba la interrupción voluntaria del embarazo sino también la prescripción y uso de anticonceptivos, cuya venta, uso y divulgación no fue aprobada por ley hasta 1978. Entre 1974 y 1988, una de cada 35 mujeres en edad fértil viajó a Inglaterra o Gales para interrumpir su embarazo <sup>16</sup>, aunque no fueron los únicos países a los que las españolas emigraron en busca de un aborto seguro.

En 1985, durante el gobierno de Felipe González, del Partido Socialista Obrero Español (PSOE), se modificó el artículo 417 del Código Penal de 1944 y se redactó la Ley sobre los Derechos Reproductivos de la Mujer de 1985 por la que se reguló el aborto inducido voluntario por primera vez en España <sup>17</sup>. Se trataba de una ley de supuestos, de forma que autorizaba el aborto practicado por un médico en un centro acreditado y con consentimiento expreso de la mujer bajo tres supuestos: grave peligro para la salud física o psíquica de la madre, en las primeras 12 semanas en caso de violación y antes de la semana 22 si existía riesgo de grave malformación fetal. La ley establecía que “el peligro para la salud física o psíquica de la madre” debía acreditarse con un informe médico de un facultativo distinto al que practicara el aborto y en caso de “*malformación fetal*”, esta debía ser certificada por dos médicos diferentes y adjuntar “*pruebas diagnósticas concluyentes*” <sup>17</sup>

Durante los años posteriores a esta reforma existen datos del Ministerio de Salud que revelan que el motivo de que hasta 98% por ciento de los abortos realizados en España eran por motivos de salud de la mujer y en un 90% el motivo de la IVE era la salud psíquica de la madre <sup>18</sup>. Además, la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo de mujeres españolas en otros países descendió notablemente (Figura 3) según muestra el Informe sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo y los Métodos Anticonceptivos publicado por el Ministerio de Sanidad en el año 2007 <sup>19</sup>.

**Gráfico 2. Evolución de las IVE realizadas en el extranjero y en España**



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Madrid; 2007.

A pesar de la realidad social en nuestro país y los avances en cuanto a la liberación del aborto voluntario en Europa (Francia 1975, Italia 1978, Bélgica 1990, Alemania 1995 y Portugal 2007), la transición a una ley de plazos no sucedió hasta 2010 durante el gobierno socialista de José Luis Rodríguez Zapatero. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley de SSR e IVE, Anexo I), basada en las recomendaciones internacionales de la OMS y de la UE, reconoce por primera vez en España el derecho a la maternidad libremente decidida regulando la IVE y estableciendo las condiciones para garantizar el acceso y aplicación. De esta forma, la Ley ampara el aborto durante las primeras 14 semanas sin tipificarse supuestos más allá de la voluntad de la mujer y se establece que, al menos tres días antes de la realización de la IVE, la mujer debe haber sido informada sobre las prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad.

El Artículo 15 de la Ley, “*Interrupción por causa médicas*” amplía el plazo para la práctica del aborto hasta la semana 22 de la gestación en dos casos: riesgo para la salud de la embarazada o grave riesgo de anomalía fetal. Para el primer supuesto es necesario un informe médico de un profesional especializado diferente al médico o médica responsable de la interrupción del embarazo y para el segundo supuesto sería necesario el dictamen de dos especialistas médicos diferentes. Se establece también la condición especial de la detección

de anomalías fetales incompatibles con la vida; en este caso no se establece plazo y se determina que el caso deberá ser confirmado por un comité clínico formado por dos especialistas en ginecología y obstetricia, expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. En estos casos, la ley no determina la obligatoriedad de los tres días de reflexión previos a la intervención.

Para poder llevar a cabo la intervención, la Ley determina unos requisitos mínimos: la existencia de un consentimiento expreso y por escrito de la mujer, que se lleve a cabo en un centro sanitario público o privado acreditado y que haya un médico especialista responsable del proceso. Posterior a la ley, el Ministerio de Sanidad y Política Social redactó el Real Decreto 831/2010 de garantía asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, con el objetivo de regular cuestiones más específicas para garantizar condiciones y requisitos que garanticen el acceso y prestación efectiva a todas las mujeres, superando los desequilibrios presentes territoriales y sociales. En ella se especifica que la práctica de la IVE se realizará en centros de la red pública o centros vinculados a esta, y establece los requisitos necesarios para este tipo de centros y el sistema de acreditación e inspección por el que serán evaluados <sup>20</sup>.

De forma simultánea a la redacción de la Ley, se modificaba el Código Penal de 1995 (vigente hasta el momento) <sup>21</sup>. En la modificación se tipificaban penas para los profesionales implicados en un aborto en caso de: realizar un aborto sin el consentimiento de la mujer; no seguir las directrices de la ley de la IVE (fuera de un establecimiento acreditado, sin haber transcurrido el tiempo de reflexión, sin recibir información acerca de las ayudas a la maternidad), y producir un aborto fuera de los casos establecidos por la ley <sup>21</sup>. Es decir, existiría responsabilidad civil para el profesional de salud que participase en el proceso de aborto sin ajustarse a lo que dictamina la ley. Por otra parte, establece pena de multa para las mujeres que realizasen una IVE fuera de las condiciones establecidas por la Ley <sup>21</sup>.

La ley de SSR e IVE establece la Interrupción Voluntaria del Embarazo como un servicio dentro de la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, que quedaba bajo la gestión de las diferentes Comunidades Autónomas y se comprometía a incluir su práctica dentro de un plan estratégico sobre Salud Sexual y Reproductiva que editaría el Ministerio de Sanidad <sup>19</sup>.



En el 2014, durante el gobierno del Partido Popular, Alberto Ruiz Gallardón presentó el anteproyecto de Ley Orgánica denominado “Protección de los derechos del concebido y de la mujer embarazada”. El eje central de la reforma se basaba en la idea de que los derechos de la mujer no podían prevalecer sobre los del no-nacido. El anteproyecto de ley eliminaba la interrupción voluntaria del embarazo y limitaba los supuestos para abortar a dos: violación dentro de las 12 primeras semanas y riesgo para la salud psíquica y física de la madre en las 22 primeras semanas de gestación. Además, descartaba el supuesto eugenésico de la ley de 1985 y establecía que solo estaría permitido en este caso si había una *"anomalía fetal incompatible con la vida"* que, además, causase un daño psíquico a la mujer <sup>22</sup>.

El anteproyecto no llegó a ser presentado frente a las Cortes, alegando no haber encontrado el consenso suficiente para sacarlo adelante, pero se reformó el artículo 13 mediante la Ley Orgánica 11/2015 de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo, estableciendo la necesidad de consentimiento expreso y por escrito de los tutores legales en el caso de las menores de 16 y 17 años <sup>23</sup>. De esta forma, en caso de existir un conflicto familiar, un juez decidirá la interrupción o no del embarazo.

Tras la implantación de la ley de 1985 se desarrolla el concepto de la “objeción de conciencia” en el ámbito sanitario, basándose en el derecho de la libertad ideológica y religiosa de los individuos en sus manifestaciones contemplado en el artículo 16.1 de la Constitución Española. El Código Deontológico de Enfermería, vigente desde el año 1989, subraya que *“el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia debe ser explicitado ante cada caso concreto”*<sup>24</sup>. El código deontológico de Medicina resulta más específico, dictaminado que *“el médico tiene derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se consultó”* <sup>25</sup>. La Confederación Internacional de Matronas reconoce el derecho de las profesionales a negarse a participar en actividades que le produzcan rechazo moral pero advierte que el ejercicio de tal derecho no debe privar a las mujeres de los servicios sanitarios esenciales <sup>26</sup>. En el año 2011, las matronas españolas elaboraron su propio Código Deontológico en el que se refieren al derecho de la objeción de conciencia para *“no ejecutar maniobras o tratamientos que*

*representen un conflicto moral o ético en relación con sus creencias personales y culturales y sin que esto conlleve discriminación ni perjuicio en su persona o cargo profesional”* <sup>27</sup>.

En la actualidad la objeción de conciencia en la práctica de la IVE está reconocida por la ley (Anexo I), de forma que regula que el derecho a objetar debe manifestarse anticipadamente y por escrito y que el acceso y calidad asistencial de la prestación no pueden resultar “menoscabadas” por el ejercicio de la objeción. Roberto Lertxundi ginecólogo y miembro del Comité Ejecutivo de la Sociedad Europea de Anticoncepción denuncia que:

*“solamente pueden participar como objetores de conciencia aquellas personas directamente implicadas en el aborto” y resalta la necesidad de “limitar la objeción de conciencia a aquello que estrictamente corresponde al profesional sin que afecte a los derechos de las pacientes llevando a cabo una objeción de conciencia individual y anticipada tal como dictamina la Ley 2/2010)” .... Por lo que no se puede declarar objeciones en bloque de un departamento entero de cualquier hospital público”* <sup>28</sup>.

En nuestro país, cada IVE que se practica es notificada por el médico responsable a través de un sistema de vigilancia epidemiológica con el fin de caracterizar demográfica y socialmente al colectivo de mujeres que recurren a la IVE, describir las características del servicio que se presta y servir de base para la planificación de servicios asistenciales <sup>29</sup>. La información se colecta a través de un cuestionario (Anexo II), siempre respetando la identidad de las mujeres, y con ella Ministerio de Sanidad elabora una publicación anual con las estadísticas correspondientes. En la Tabla 1 se muestra la evolución de las tasas de la IVE por cada grupo etario y la tasa aplicable a la población general, evidenciando que las cifras se mantienen relativamente estables y que la aprobación de la Ley 2/2010 no supuso un incremento de número de abortos <sup>29</sup>. Desde el año 2004 hasta el 2011 se daba una tendencia al aumento de IVE y es en 2011, coincidiendo con la aplicación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS y la previa liberación del uso de la anticoncepción de urgencia en 2009, cuando las tasas comienzan a bajar acercándose a las tasas de 2004, con un total de 93.131 IVEs por año y una tasa de 10,36 IVEs por cada 1.000 mujeres <sup>30</sup>. El grupo etario con mayor incidencia es el de mujeres de 20 a 24 años seguido de las mujeres entre los 25 y 29 años. Desde el 2007, especialmente a partir de 2013, se redujo sustancialmente el

número de jóvenes menores de 19 que accedían a la IVE, y se produjo un ligero aumento en los grupos etarios de mujeres mayores de 30 años

**Tabla 1. Tasas de IVE por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. 2007-2016. Total Nacional**

	<u>Año de intervención</u>									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>TOTAL</b>	<b>11,49</b>	<b>11,78</b>	<b>11,41</b>	<b>11,71</b>	<b>12,47</b>	<b>12,12</b>	<b>11,74</b>	<b>10,46</b>	<b>10,40</b>	<b>10,36</b>
19 y menos años	13,79	13,48	12,74	13,05	13,68	13,02	12,23	9,92	9,38	8,97
20-24 años	20,65	21,05	20,08	20,22	21,37	20,55	19,43	16,56	16,67	16,72
25-29 años	15,57	16,49	16,02	16,57	17,75	17,58	16,84	15,34	15,21	15,41
30-34 años	11,07	11,63	11,63	12,29	13,40	13,40	13,42	12,33	12,50	12,53
35-39 años	7,67	7,97	8,05	8,42	9,26	9,00	9,22	8,65	8,79	8,89
40 y más años	3,25	3,30	3,36	3,58	3,87	3,90	3,92	3,83	3,80	3,80

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid; 2011.

El 69,77% de los abortos inducidos que se realizan en nuestro país se realizan antes de las 8 semanas de edad gestacional y el 24% entre la semana 9 y 14; estos datos se correlacionan con el motivo predominante de la IVE en nuestro país, ya que el 89,67% se realizan a petición de la mujer (Anexo III).

El 69% de los abortos se realiza mediante la técnica de dilatación y aspiración; este es un método adecuado hasta la semana 14 de amenorrea y consiste en la dilatación del cérvix por diferentes métodos y el vaciamiento del contenido uterino mediante una cánula conectada a un equipo de succión, con el que se aspira el contenido uterino; el método anestésico de elección suele ser la sedación consciente o la anestesia local y, normalmente, a partir de la semana 12 se utilizan prostaglandinas o dilatadores osmóticos para la preparación del cuello del útero <sup>31</sup>. Se considera cirugía mayor ambulatoria y la recuperación es generalmente rápida <sup>32</sup>.

El 18% de las IVEs que se realizan en nuestro país se llevan a cabo por el método farmacológico (Anexo III). En nuestro país se aplica hasta el día 63 de gestación según recomienda la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que establece el límite en las 9 semanas <sup>31, 32</sup>. Se trata de un tratamiento que combina Mifepristona, un antiprogéstágeno

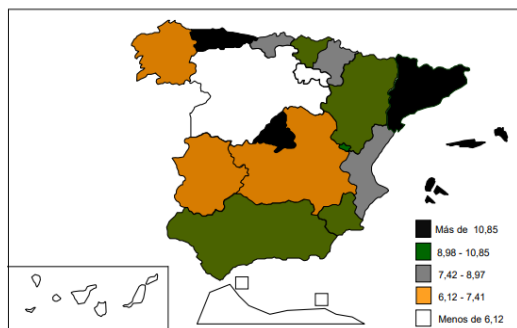
que bloquea la acción de la progesterona vía oral y tras 24-48h de su ingesta, se añade la prostaglandina Misoprostol, para facilitar la evacuación.

El legrado, identificado en las estadísticas del Ministerio de Salud de la IVE como “*Dilatación y Evacuación*” o DyE, consiste en la dilatación del cérvix e introducción en la cavidad uterina instrumental específico (legras) para evacuar el contenido uterino. Este método es el indicado en la IVE a partir de la semana 15 de gestación <sup>32</sup>.

La tasa de IVE es muy desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA), un dato relacionado con la presencia de población inmigrante pero también con las políticas públicas de cada CA que influyen en la educación de la población en materia de salud sexual y reproductiva y en el propio acceso a los métodos anticonceptivos y a la IVE. En Extremadura, Murcia, Aragón y Castilla la Mancha no se notificó ningún aborto dentro de su sistema público, en Andalucía solo existe un centro público que haya notificado IVEs <sup>33</sup>.

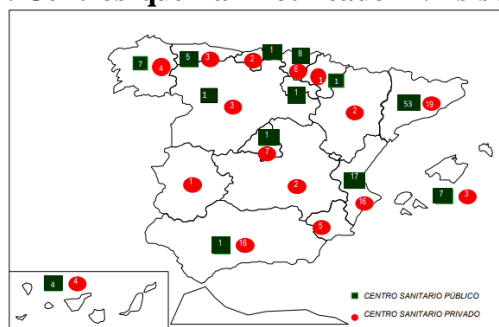
El procedimiento para acceder a la IVE varía dependiendo de la CA; en algunas es necesario que la mujer sea derivada por su médico de Atención Primaria o un Centro de planificación familiar de carácter público a una clínica acreditada para que la CA se haga responsable de los costes de la IVE. En Cataluña, el elevado número de centros públicos que aparecen como notificadores de IVEs se debe a la inclusión del servicio de aborto farmacológico en los centros públicos de Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR) <sup>37</sup>. Sin embargo, en España, la regla general es que las IVEs se deriven a clínicas privadas y el 81% se tratan de manera extrahospitalaria (Anexo III) <sup>30</sup>. No se ha encontrado información acerca de cuántas de esas intervenciones se enmarcan en el sistema de concertación entre la CA y las clínicas (y por lo tanto sin coste para las mujeres) y cuántas son abonadas por la mujer <sup>33</sup>.

**Figura 2. Tasas por 1000 mujeres de 15 a 44 según Comunidad Autónoma de residencia.**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid; 2011.

**Figura 3. Centros que han notificado IVEs según CA y dependencia patrimonial**



Fuente: Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid; 2011.

El 65,8% de las mujeres que accedieron a una IVE en el año 2016 eran de nacionalidad española. Las mujeres de América del Sur representaban un 13%, las europeas no españolas un 9,4% y las africanas un 4,94% <sup>30</sup>. Existen estudios españoles, como por ejemplo el de Ollé C, Bosser R, Prat N, Coll C, Magrinyà y Gispert <sup>34</sup> que relacionan los determinantes en salud con las cifras de aborto, encontrando como el aborto inducido es más frecuente en regiones con un alto porcentaje de inmigrantes, un gasto público limitado en educación no universitaria o una accesibilidad limitada en métodos de barrera de anticoncepción. Además, confirma que, independientemente de factores socioeconómicos contextuales, las características socioeconómicas individuales están fuertemente asociadas con la tasa de IVE en España: las mujeres más jóvenes y menos privilegiadas son más propensas a tener un aborto.

Por ultimo mencionar que aunque las cifras de aborto totales hayan disminuido, el porcentaje de mujeres que se sometieron a una IVE en 2016 por segunda vez es del 24,75%, dos puntos más desde 2007; y por tercera vez de 8,29%, también 2 puntos más al alza que hace 9 años <sup>35</sup>.

La actual normativa (Anexo I), además de asegurar la prestación sanitaria de la IVE dentro del SNS bajo unos requisitos, establece que los profesionales de la salud debemos contar con formación en salud sexual y reproductiva y sobre IVE desde una perspectiva de género, tanto en nuestros currículos como a lo largo de la carrera profesional. En esta misma línea se sitúa la OMS, recomendando que los profesionales que realicen y atiendan a la mujer durante el proceso de aborto estén formados en cuanto a las técnicas y el cuidado integral de la mujer, para garantizar la libertad de elección de las mujeres y atender las diferentes situaciones médicas y personales de la mujer <sup>4</sup>.

Teniendo en cuenta la repercusión del proceso del aborto en la salud física, psíquica y social de las mujeres, su alta incidencia a nivel mundial, y las recomendaciones de la OMS y de nuestra propia legislación, se plantea realizar una revisión narrativa con el objetivo de conocer las percepciones y el papel que desarrolla el o la profesional de Enfermería durante la interrupción voluntaria del embarazo.

## 2. METODOLOGÍA.

Para la realización de la revisión narrativa se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de la literatura disponible en las siguientes bases de datos: Pubmed, Cinalh, Cuiden, Scielo, Lilacs y en el repositorio Dialnet.

Para la estrategia de búsqueda se utilizó un lenguaje controlado mediante los tesauros MeSH y DeCS en aquellas bases de datos que los admitían, combinando los diferentes términos mediante los operadores booleanos (AND, NOT, OR) para construir la sentencia de búsqueda. Igualmente, se ha usado el lenguaje libre y las palabras clave. Así, se han empleado los siguientes términos en inglés y español : “abortion induced” “nursing care” “nurse’s role” “spontaneus abortion” “nursing” “aborto” “aborto provocado” “aborto inducido” “atención de enfermería” “enfermería” “rol de enfermería”.

Se han limitado las búsquedas a literatura de los últimos 10 años y disponible en portugués, español o inglés. En la base de datos Pubmed, se ha utilizado el límite “humanos”. Únicamente se seleccionó un artículo que no se ajustaba al límite temporal establecido, debido a que refleja nuestro contexto y trata sobre población inmigrante, apenas visibilizada en los demás documentos. No se limitó la búsqueda según diseño del estudio. Para la selección de los documentos encontrados se establecieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

❖ Criterios de inclusión:

- Intervenciones y rol de la enfermera durante la IVE.
- Percepciones y actitudes de la enfermera acerca del aborto voluntario.
- Documentos que traten sobre las experiencias y opiniones de las mujeres en el cuidado en la IVE.

❖ Criterios de exclusión:

- Documentos que tratan de los derechos del nonato o nasciturus.
- Estudios que solo contemplan el aborto espontáneo.
- Estudios de epidemiología del aborto solo en poblaciones concretas
- Literatura gris.

Se obtuvieron 61 documentos, de los que se realizó una primera lectura del título y resumen para descartar aquellos que no se ajustaban a los criterios establecidos de inclusión

y exclusión. Finalmente se seleccionaron 20, con los que se llevó a cabo una lectura en profundidad para extraer los conceptos más relevantes que aparecían de forma repetida de acuerdo con el objetivo de la revisión. Con ellos se configuraron 3 unidades de análisis que se desarrollan en el apartado siguiente.

En la Tabla 2 se resume el proceso de búsqueda y selección.

**Tabla 2. Estrategia de búsqueda y resultados.**

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Límites	Encontrados	Seleccionados
<b>Pubmed</b>	“Abortion, Induced” [MeSH] AND (“Nursing care” [MeSH] OR “Nurse’s rol” [MeSH]) NOT “Abortion spontaneous” [MeSH]	Humanos Año: 2008- 2018 Idioma: inglés, español y portugués.	182	6
	(“Abortion, Induced/nursing”[Mesh]) NOT “Abortion, spontaneus”[Mesh]		40	
<b>Scielo</b>	(Induced abortion) AND (Nursing care)	Año: 2008- 2018 Idioma: inglés, español y portugués.	7	7
	Aborto inducido AND rol de enfermería		72	



<b>Cinahl</b>	Induced abortion AND nursing care	Año: 2008-2017 Idioma: inglés, español y portugués.	52	6
	Aborto inducido OR Aborto provocado AND enfermería			
<b>Lilacs</b>	Induced abortion AND Nursing care	Año: 2008-2017 Idioma: inglés, español y portugués.	14	1
<b>Cuiden</b>	Aborto AND enfermería	----	19	1
<b>Dialnet</b>	Aborto AND enfermería	----	36	0
			346	20

Fuente: elaboración propia.

\*se han eliminado las referencias duplicadas.

### 3. RESULTADOS.

De los 20 documentos seleccionados, 8 estaban escritos en inglés, 8 en portugués y 4 en español. Con respecto a la tipología se incluyeron 3 revisiones narrativas, 1 ensayo clínico y 16 investigaciones cualitativas.

Las principales características de dichos documentos se resumen en la Tabla 5 del Anexo 3.

Después de una lectura comprensiva de los diferentes documentos, se han identificado tres unidades de análisis: actitudes y percepciones de las enfermeras ante la IVE, percepción y experiencias de las mujeres sobre el cuidado de la enfermera en el proceso de su IVE y rol de la enfermera en la IVE.

## Actitudes y percepciones de las enfermeras ante la IVE

Como ya se ha comentado durante la introducción, la percepción del aborto depende de las convicciones morales, directamente relacionadas con el contexto social: legalidad, creencias religiosas, estigma social, estatus de la mujer... En esta línea, las enfermeras que participan en el atendimento y cuidado de la mujer establecen construcciones acerca del aborto muy heterogéneas.

McLemore y Levi <sup>36</sup> obtienen en su revisión diferentes apreciaciones, en general polarizadas, ante la interrupción del embarazo. Por un lado, existe la convicción del aborto como crimen o acto en contra de la vida que coexiste con la idea del aborto como pecado penado por Dios. Las creencias religiosas se sitúan como principal factor determinante en la actitud de la enfermera según diferentes estudios, siendo la religión el principal motivo de objeción de conciencia. La relación entre la concepción de la interrupción voluntaria del embarazo como crimen o acto contra natura también ha sido relatada por otros autores <sup>37,39,40,41</sup>.

Lemos y Russo<sup>39</sup> no encuentran relación entre edad, etnia o categoría profesional (enfermeras o asistentes sociales) y estar a favor o en contra de la práctica del aborto. Sin embargo, sí hallan posturas más cercanas a la idea de aborto como derecho de la mujer en las profesionales que tuvieron experiencias de aborto cercanas en el ámbito personal.

Guerra Benute, Nonnenmacher, Yakamoto, Souza de Lucia y Zugaib <sup>41</sup> concluyen en su trabajo que la mayoría de profesionales sanitarios encuestados consideraban la liberación de las leyes del aborto beneficiosas para la salud de las mujeres. Sin embargo, solo una minoría (2% de los obstetras y 10% de las enfermeras) estarían dispuestos a participar en tal proceso. Curiosamente, cuando la cuestión fue dirigida al ámbito personal, planteando a los profesionales la situación de enfrentarse a un embarazo no deseado (en caso de los enfermeros y médicos, el embarazo de su pareja), el 70,6% de las mujeres y el 84% de los hombres respondieron que interrumpirían la gestación.

En los estudios de Dos Anjos Gesteira, Freire Diniz, Menicucci de Oliveira <sup>42</sup> y Lopes da Silva y Araújo <sup>37</sup>, llevados a cabo en Brasil, se obtienen resultados similares, ya que la mayoría de enfermeras entrevistadas se referían al aborto como crimen y/o pecado hasta en los casos contemplados por la legislación, declarándose en contra de la liberación de las leyes del aborto y culpabilizando a la mujer que ingresaba en las unidades obstétricas por complicaciones del aborto inseguro, alegando objeción de conciencia para no participar en el cuidado. Ambos estudios concluyen con que esta percepción del aborto influye en el cuidado prestado a la mujer, que en muchas ocasiones se le deniega o es discriminatorio.

En esta línea de pensamiento, encontramos en los estudios de Lemos y Russo<sup>39</sup> y Streffling, Wilson Danilo, Pereira da Costa, Correa y Portella <sup>40</sup> las perspectivas de enfermeras que, aunque no aprueban directamente el derecho al aborto, legitiman o no la decisión del aborto dependiendo del motivo, y si este se encuentra bajo los supuestos acotados en la legislación del país (Brasil). En general, las enfermeras aceptan los supuestos despenalizados por la ley brasileña: alto riesgo para la salud de la mujer, feto con anencefalia y gestación producto de violación. En el resto de casos, durante la atención a las mujeres reconocen un conflicto de valores ya que, por un lado, se sitúan en contra del derecho al aborto, pero entienden que *“deben atenerse a la legislación y, como profesionales, deben salvaguardar la salud de la mujer”*<sup>40</sup>.

La razón por la que la mujer decide interrumpir la gestación genera juicios en la enfermera y afecta a la decisión de participar en el cuidado de la IVE y a la calidad de este, aunque la IVE este reconocida por la Ley <sup>36</sup>. Generalmente las enfermeras valoran el diagnóstico médico como principal motivo que legitima el aborto <sup>36, 43</sup>. Por ejemplo, el

estudio de Miranda Lucas y Comas d'Argemir <sup>44</sup>, realizado en nuestro país, revela que en el entorno biomédico se utilizan dos denominaciones para la IVE: Interrupción Legal del Embarazo (ILE), si el aborto se realiza bajo un diagnóstico médico que certifique la gestación como de riesgo para la salud de la madre o que el feto presente malformaciones incompatibles con la vida, e IVE, cuando el motivo es la voluntad de la madre y se realiza antes de la semana 14. De esta forma, se observa cómo tanto las enfermeras como los ginecólogos establecen dos categorías diferenciadas y jerarquizadas, refiriéndose sentirse más cómodos y autorrealizados durante la “*ILE*”, aunque desde la legislación y las estrategias de salud se consideren ambos casos como IVE.

En diferentes estudios, las enfermeras entrevistadas hacen referencia a “*la individualización de casos*” en cuanto al motivo del aborto y su percepción, estableciéndose un juicio de la situación y moral de la mujer <sup>39,43</sup>.

Gallagher, Porock y Edgley <sup>45</sup> observan entre las enfermeras que trabajan en clínicas de IVE en Reino Unido, la concepción del aborto como un derecho que toda mujer puede ejercer si lo cree necesario por el motivo que sea y se consideran comprometidas en atender las diferentes respuestas que la mujer pudiese presentar durante el proceso. Las enfermeras consideran que su rol suscita controversia social y tiene cierto estigma social; sin embargo, ellas se sienten satisfechas con su rol y expresan que la decisión de interrumpir el embarazo únicamente corresponde a la mujer. Además, realizan una valoración previa para comprobar que la decisión se ha tomado de forma deliberada, autónoma y libre. No obstante, en estos contextos “*pro-elección*”, las enfermeras también refieren posiciones ambivalentes en casos de interrupción en edades gestacionales avanzadas.

En esta línea, encontramos el estudio de Lindström, Wulff, Dahlgren y Lalos <sup>46</sup> realizado con ginecólogos, matronas y enfermeras en tres hospitales diferentes de Suecia, en los que se llevaron a cabo grupos de discusión y entrevistas individuales a los profesionales con el objetivo de conocer las experiencias de los profesionales y desarrollar nuevas líneas de intervención en la atención de la IVE. Los profesionales sanitarios defendían la interrupción del embarazo como derecho de las mujeres y herramienta necesaria para la planificación familiar. En el supuesto de una IVE temprana (antes de la semana 18), no evidenciaron ningún conflicto de valores durante las entrevistas y categorizaban el trabajo en

la IVE como “*útil, necesario, positivo, reconfortante, en pro de los derechos de la mujer*”. Matronas y enfermeras refieren necesario un primer encuentro para cerciorarse de que la decisión ha sido meditada y proviene de la propia mujer. Los profesionales refieren frustrante la atención a mujeres que presenta interrupciones voluntarias de embarazo de repetición, aunque no contemplan la opción de objeción de conciencia.

La revisión de McLemore y Levi <sup>36</sup> señala que, en contextos donde la legislación es favorable a la IVE, los principales motivos por los que la enfermera experimenta conflictos de valores por los que podría plantear una objeción de conciencia son: abortos de repetición, aborto por el sexo del feto y edades gestacionales avanzadas.

En los discursos de las profesionales existen juicios moralistas influenciados por las creencias personales y la legislación vigente en cada contexto, pero también por los atributos y construcciones sociales asociadas al aborto <sup>36, 38, 40, 47, 48</sup>. Según Pitilin, Banazeski, Bedin y Gasparin <sup>43</sup>, Ortega Larrea, García Orellán y Ortega Larrea <sup>44</sup> y Lipp <sup>47</sup> las consecuencias de estas construcciones estigmatizadoras contribuyen a la precariedad de los cuidados, generando prejuicios en el profesional que atiende a la mujer y concretándose en cuidados discriminatorios.

Gondim Mariutti, de Almeida Marislei y Sanches Panobianco <sup>48</sup>, al investigar sobre las experiencias de las mujeres en la IVE, concluyen que otra línea de afrontamiento frecuente entre las enfermeras, derivada del estigma y el conflicto moral durante el cuidado, es negarse a enfrentar la situación, prefiriendo no conocer la experiencia de la mujer.

Lipp <sup>47</sup> relaciona este conflicto entre los profesionales con la estigmatización social del aborto, de forma que los profesionales tienen miedo a sufrir ese estigma por, de alguna forma, colaborar con la interrupción voluntaria del embarazo. Por otra parte, determina que, contrario a la estigmatización del aborto, existe la banalización del mismo, especialmente por parte de las enfermeras que trabajan en clínicas especializadas: acostumbradas a tratar con cientos de mujeres en situación de IVE, normalizan la problemática, viéndolas como “*otras más*” y sin profundizar en la experiencia subjetiva.

Varios autores <sup>39, 44, 49, 50</sup> coinciden en que la percepción de los profesionales se ve influenciada por la formación recibida.

En el estudio de Lemos y Russo Jane <sup>39</sup>, en el que se recogen las reflexiones de enfermeras y asistentes sociales durante un curso de “Salud Integral a la Mujer”, se observa cómo se modifica la percepción acerca del aborto tras recibir formación: en el inicio del curso, al preguntar sus opiniones sobre el aborto, muchas lo definieron como “*crimen/pecado/acto moralmente incorrecto*” pero después del debate, en el que la moderadora del curso introdujo el aborto como un problema de salud pública desde una perspectiva de género, las enfermeras mostraron reflexión y posturas más ambivalentes respecto al tema.

McLemore, Levi y James <sup>49</sup>, con el objetivo de describir las estrategias desarrolladas durante la formación y la carrera profesional de enfermeras que trabajan en clínicas de IVE, determinan que para realizar un cuidado integral de calidad a la mujer durante la IVE, es necesario que las enfermeras comprendan el aborto como derecho de la mujer. Además, concluyen estableciendo que para avanzar en los conocimientos es importante disminuir el estigma de los profesionales de salud que participan en la IVE, visibilizar su rol en artículos y congresos e incluir formación en IVE en el currículo universitario.

Strefling et al. <sup>50</sup> establecen que existen carencias en la capacitación y sensibilización entre las enfermeras y auxiliares de enfermería para llevar a cabo un cuidado holístico de la mujer en situación de aborto, derivadas de una formación sesgada centrada en los conocimientos biomédicos.

Ortega Larrea, García Orellán y Ortega Larrea <sup>44</sup> insisten en su estudio que “*lo que no se conoce no se puede valorar ni tratar con discernimiento*” y cómo ese silencio social o tabú que se genera en torno al aborto inducido influye también en la escasa formación de los sanitarios.

Son muchos los autores <sup>37, 39, 40, 43, 49, 50</sup> que señalan la necesidad de una formación específica para las enfermeras en cuanto a las necesidades y el cuidado de la mujer en situación de aborto inducido, considerando la salud física, psíquica y social.

## Percepción y experiencia de las mujeres durante el cuidado en la IVE.

Resulta necesario conocer la experiencia de las mujeres que han accedido a una IVE, con el fin de identificar necesidades sentidas por las mujeres respecto al cuidado y evaluar el cuidado prestado.

Las representaciones de la mujer en torno a la idea de aborto afectan a los sentimientos experimentados, a la significación y al afrontamiento de la IVE. Por lo tanto, las representaciones de la IVE de la mujer influyen en sus necesidades en situación de aborto inducido. Es común encontrar en las mujeres representaciones negativas de la interrupción del embarazo, relacionadas con la idea del aborto como acto contra natura, tanto en contextos donde el aborto es respaldado por la ley <sup>38, 44, 51</sup> como en aquellos donde su práctica es perseguida y criminalizada <sup>48</sup>.

En el estudio de Ortega Larrea, García Orellán y Ortega Larrea <sup>38</sup>, desarrollado en el País Vasco mediante entrevistas a mujeres que habían interrumpido su embarazo en el último año, se reconocen afrontamientos heterogéneos. Por un lado, existe el discurso que relata la toma de decisiones como un proceso complicado y doloroso, donde el aborto, finalmente, se presentaba como “*única solución*” ante un embarazo no deseado. La mujer en esta situación experimenta sentimientos de culpa, arrepentimiento y vergüenza. Esta idea es respaldada por otros autores <sup>43, 48, 51</sup>.

Mortari, Martini y Vargas, citados en la revisión de Pitilin, Banazeski, Bedin y Gasparin <sup>43</sup>, refieren entre las mujeres entrevistadas sentimientos de angustia, culpabilidad y enfado asociados a la concepción de la interrupción del embarazo como acto contra natura.

En cambio, si el aborto es percibido por la mujer como una elección voluntaria, libre y respaldada tanto por el entorno cercano como por la jurisprudencia, el resultado suele ser el alivio o normalidad <sup>38</sup>. Sin embargo, tanto el estudio de Ortega Larrea, García Orellán y Ortega Larrea <sup>38</sup> como el de Strefling, Wilson Danilo, Pereira da Costa, Correa y Portella <sup>40</sup> señalan que, aunque la decisión se haya realizado de forma deliberada y en plena libertad, existe sentimiento de vergüenza y miedo a sentirse juzgada por el contexto social y los profesionales de la salud.

Lipp <sup>47</sup>, en su investigación sobre la presencia de estigma durante el cuidado en el aborto, refiere que las mujeres que deciden interrumpir su embarazo sienten miedo a ser juzgadas tanto por su círculo cercano, enfrentándose en muchas ocasiones a la situación en soledad, como por el personal sanitario, retrasando la búsqueda de atención sanitaria o incluso intentando conseguir medicación adecuada por sus propios medios. McDonald et al. citados por Lipp <sup>47</sup> refieren que la estigmatización del aborto tiene consecuencias sobre la salud de las mujeres (desde baja autoestima situacional hasta estrés post-traumático y depresión), que requieren atención y cuidados específicos.

En cuanto a las experiencias de las mujeres en el cuidado, encontramos igualmente ambivalencia. Son varios los artículos <sup>43, 47, 48</sup> en los que las mujeres identificaban el cuidado de enfermería como un cuidado protocolizado, centrado únicamente en las necesidades físicas.

Gondim Mariutti, de Almeida Marislei y Sanches Panobianco <sup>48</sup>, en su estudio con mujeres hospitalizadas en una Unidad de Obstetricia de un hospital público en Brasil, revelan que las mujeres identifican únicamente como competencia enfermera los procedimientos que atienden a las necesidades físicas y valoran el cuidado recibido durante su hospitalización de “normal”, “superficial”, “automático”, “lo básico” o “burocrático”; además, el estado legal y la estigmatización social del aborto generan una sensación de conformismo y resignación por parte de las mujeres hacia el cuidado recibido.

Pitilín, Banazeski, Bedin y Gasparin <sup>43</sup> encontraron en su revisión narrativa el sentimiento común entre las mujeres de que sus necesidades no se vieron contempladas durante el cuidado, percibiendo la relación con la enfermera como fría e impersonal y sintiéndose, en general, juzgadas por el personal de Enfermería.

McLemore, Desai, Freedman, James y Taylor <sup>51</sup> en su investigación evalúan el grado de satisfacción de 5214 mujeres en los cuidados de enfermería recibidos durante la IVE en clínicas privadas en San Francisco (EE. UU.). Mediante una encuesta determinan que el 70% están satisfechas clasificándolo como “*mejor del que esperaban*” y un 17% estaban satisfechas clasificándolo como “*igual a lo esperado*”. Las mujeres identificaron como positivo, durante la atención sanitaria, la capacidad de elección del método de la IVE y el tipo de analgesia/anestesia, la presencia de un acompañante durante todo el proceso, la



privacidad y la disposición de un ambiente confortable y condiciones higiénicas. El sentimiento general de ese 87% que se encontraban satisfechas con la atención recibida, es que dirigen comentarios de arrepentimiento y vergüenza hacia ellas mismas y comentarios de agradecimiento hacia la enfermera *“por respaldar su decisión y no ser juzgada”* Las mujeres identificaron entre las funciones de la enfermera *“controlar que todo va bien”* y *“calmar la ansiedad”*

En el estudio de Gondim Mariutti, de Almeida Marislei y Sanches Panobianco <sup>48</sup> las mujeres valoran positivamente el momento de acogida, la explicaciones e información ofrecida utilizando un lenguaje sencillo, y resaltan la función de la enfermera como principal figura de apoyo, ya que muchas de ellas se enfrentaban solas a la interrupción del embarazo. La necesidad de conversar y expresar sus sentimientos fue común entre las mujeres que verbalizaban citas como las siguientes: *“Es bueno poder conversar con alguien y mejor aún, cuando sabes que el interés es verdadero y honesto”, “el cuidado es eso también supongo, el conversar y calmar a la persona” “ellas preguntan si está todo bien, pero al mismo tiempo, sentía cierto desinterés, porque no se paraban a conversar...”*

Domigos, Merighi y Jesus citado por Streffling et al. <sup>50</sup> afirman que los encuentros positivos entre enfermera y mujer aumentan la satisfacción de esta con el servicio sanitario.

McLemore, Desai, Freedman, James y Taylor <sup>51</sup> resaltan que las mujeres que no se sienten satisfechas durante el cuidado lo están por motivo de los tiempos de espera prolongados y el mal manejo del dolor. Por un lado, el tiempo de espera una vez en la clínica sumado a la demora en la atención y la falta de información es entendida por las mujeres como desinterés, lo que genera miedo e inseguridad y deteriora la confianza de la mujer en los profesionales; por otro lado, obtienen que una vez que la mujer ha decidido interrumpir su embarazo, el tiempo de espera hasta la cita donde se llevará a cabo la propia IVE genera nerviosismo y ansiedad en la mujer. La subestimación del dolor por los profesionales sanitarios y el mal manejo del mismo fue lo peor valorado en el estudio.

Miranda Lucas y Comas d'Argemir <sup>44</sup> exponen que las mujeres destacan el dolor como término común en sus experiencias, y que aparece *“no solo en el plano físico sino también en el psicológico y social por el simbolismo de interrumpir un embarazo”*.

## Rol de la enfermera en la IVE

En esta unidad de análisis, se va a exponer todo lo encontrado en los 20 documentos consultados en cuanto a las funciones de la enfermera en la IVE y las habilidades y destrezas requeridas, así como los principales factores que dificultan el cuidado.

Entre los cuidados durante el aborto quirúrgico, el modelo de protocolo de enfermería desarrollado por Ferreira Guedes Rodrigues, Correia de Andrade, Alves Dantas y Rangel da Silva <sup>52</sup> establece que entre las competencias enfermeras se encuentra el control del dolor y la prevención de complicaciones potenciales, como la infección mediante el manejo de la esterilidad. Tras la intervención, se tendrán que llevar a cabo cuidados post-anestésicos (vigilancia del nivel de conciencia, patrón respiratorio y hemodinámico, probar tolerancia oral...) y se vigilarán signos y síntomas de hemorragia o infección, que son las complicaciones potenciales más comunes tras la interrupción del embarazo, además del control del dolor y confort de la mujer.

La mayoría de documentos <sup>36, 37, 40, 43, 44, 46, 47, 48, 46, 49, 50, 52</sup> coinciden en la necesidad de valorar y responder a las necesidades físicas, psíquicas y sociales de la mujer, es decir, ofrecer un cuidado integral, humanizado e individualizado en la IVE. Igualmente, encuentran que la mayoría de las intervenciones enfermeras se centran en el plano físico de la mujer y lo atribuyen a diferentes causas.

En el estudio de Streffling et al <sup>50</sup> consideran que el cuidado integral se ve limitado por los juicios moralistas de las enfermeras; o bien porque, con el objetivo de no juzgar a la mujer y evitar un conflicto de valores personal, prefieren no valorar las condiciones psicosociales. Además, las enfermeras enuncian otras causas como la falta de tiempo o la gran carga de trabajo.

Streffling, Wilson Danilo, Pereira da Costa, Correa y Portella <sup>40</sup>, en un estudio posterior de similar diseño, añaden que la fragmentación del cuidado se debe a que las habilidades de comunicación e interacción de los profesionales de Enfermería son insuficientes, y que en muchos casos se da por hecho que la mujer “*no quiere hablar/no está preparada para ello*”.

Pitilin, Banazeski, Bedin y Gasparin <sup>43</sup> establecen que la escasa formación y concienciación en IVE de las enfermeras y la ausencia planes de cuidado estandarizados y recomendaciones en el cuidado del aborto, contribuyen al cuidado tecnicista focalizado en las necesidades físicas de la mujer. Igualmente, McLemore, Levi y James <sup>49</sup> consideran los conocimientos y las habilidades comunicativas de la enfermera como principales factores limitantes en el cuidado integral de la mujer; además reconocen que la ausencia de literatura científica acerca del rol de la enfermera en la IVE determina que cada profesional siga su propio criterio, pudiendo ser o no acertado.

Igualmente, determinan que los profesionales no consideran los factores sociales, económicos, culturales, la subjetividad y la experiencia de cada mujer, y que encuentran más dificultades a la hora de establecer una relación positiva cuánto mayores son las diferencias culturales entre la mujer y enfermera <sup>49</sup>.

Al mismo tiempo, Strefling, Wilson Danilo, Pereira da Costa, Correa y Portella <sup>40</sup> obtienen que las condiciones socioculturales de vulnerabilidad (inmigración, embarazo producto de agresión sexual, violencia de género, ausencia de pareja estable...) son obviadas a la hora de valorar y atender a la mujer. En esta línea, Llácer Gil de Ramales, Morales Martín, Castillo Rodríguez, Mazarrasa Alvear y Martínez Blanco <sup>54</sup>, en su estudio sobre el acceso y la atención a mujeres inmigrantes en la Comunidad de Madrid a la IVE, reconocen entre las profesionales dificultades para establecer una relación de confianza con la mujer por problemas lingüísticos y culturales, y escasa formación acerca de la accesibilidad a la IVE en caso de inmigrantes en situación irregular.

Coinciden gran parte de los autores <sup>36, 41, 43, 46, 47, 48, 52, 54</sup> en que para la atención integral de la mujer es necesario establecer una relación terapéutica entre ella y la enfermera, basada en la empatía, la confianza mutua y el respeto.

El momento de acogida o recepción de la mujer resulta clave para la relación enfermera-mujer; en esta etapa, Ferreira Guedes Rodrigues, Correia de Andrade, Alves Dantas y Rangel da Silva <sup>52</sup> recomiendan utilizar preguntas abiertas, favoreciendo la expresión de sentimientos, preocupaciones y dudas, para conocer el significado que da la mujer a la IVE y modular nuestro lenguaje e individualizar los cuidados. Pitilin, Banazeski, Bedin y Gasparin <sup>43</sup> establecen necesario incluir en la valoración, a través de un diálogo

distendido, los siguientes temas: el deseo o no de ser madre de la mujer, la relación con la pareja, la sexualidad de la mujer y los motivos de decisión de interrupción del embarazo; dicha valoración no tiene por qué ser realizada en el momento de primer contacto.

Lipp <sup>47</sup> sugiere que la actitud de la enfermera debe dar una visión de normalidad y sensación de tranquilidad a la mujer a través de la escucha activa, sin cuestionamientos de la experiencia de la mujer, reforzando positivamente la expresión de sentimientos. Para ello, recomienda que el lenguaje utilizado esté desprovisto de términos médicos que puedan resultar frívolos y generar tensión, desconfianza y nerviosismo en la mujer por falta de entendimiento o sentimiento de estigmatización, pensando que *“el profesional prefiere negarse a admitir una situación conflictiva obviando la vivencia de la IVE por la mujer”*, inclinándose por un lenguaje sencillo y sensible. Igualmente, sostienen esta opinión Streffling, Wilson Danilo, Pereira da Costa, Correa y Portella <sup>41</sup>.

Esta opinión resulta contraria a la de las enfermeras entrevistadas por Gallagher, Porock y Edgley <sup>45</sup> quienes recomiendan el uso del lenguaje biomédico para disociar el procedimiento de la construcción social de *“acto contra natura”* compartida por muchas mujeres. Así mismo, los tres documentos previamente contemplados coinciden en recomendar la provisión de información de forma oral y por escrito, considerando que la mujer debe disponer de la información y educación necesaria para elegir la interrupción o no de su embarazo <sup>41,45,47</sup>.

Gallagher, Porock y Edgley <sup>45</sup> definen el cuidado de enfermería en el aborto como *“la capacidad de empoderar a las mujeres para ejercer el control sobre su reproducción, legitimando tanto su derecho a la libre elección de la maternidad y ofreciendo el soporte emocional necesario”*. En esta misma dirección se sitúan Ferreira Guedes Rodrigues, Correia de Andrade, Alves Dantas y Rangel da Silva <sup>52</sup> y McLemore, Levi y James <sup>49</sup> quienes recomiendan que la elección del método del aborto resida en la mujer, siempre que no existan contraindicaciones para su salud, y a partir de la información objetiva ofrecida por la enfermera durante la acogida.

La tendencia al aumento del aborto inducido mediante el método farmacológico en el mundo<sup>7</sup>, ha impulsado el desarrollo de ensayos clínicos como el de Kopp Kallner et al. <sup>55</sup> con el objetivo de evaluar la capacidad de la enfermera especialista o matrona en la provisión de

la IVE farmacológica temprana (menor a 9 semanas de gestación). El ensayo muestra entre sus hallazgos que la efectividad, seguridad, presencia de efectos secundarios y satisfacción de las mujeres es muy similar a las IVEs gestionadas por médicos especialistas. Por otro lado, la revisión de ensayos clínicos de Renner, Brahmi y Kapp<sup>53</sup>, con el objetivo de identificar si la IVE temprana gestionada por personal no médico resulta efectiva y segura para las mujeres, concluye estableciendo que no existe la evidencia suficiente como para afirmar que la gestión de la IVE temprana sea competencia única de la enfermera.

Lindström, Wulff, Dahlgren y Lalos<sup>46</sup> exponen cómo en los hospitales suecos la prescripción de Mifepristona y Misoprostol es competencia médica, pero el seguimiento, evaluación y alta, corresponde a Enfermería. Las enfermeras refieren un cambio del “*rol intervencionista*”, que ocupaban en el cuidado de la mujer en la IVE quirúrgica, al nuevo reto de “*rol educador*”, puesto que la mujer tiene la opción de que el método farmacológico tenga lugar en su domicilio, y la enfermera deberá explicar la correcta administración de los fármacos, describir el desarrollo normal del proceso, educar en el control del dolor e identificar los principales signos y síntomas para los deben buscar asistencia urgente. Además, la enfermera llamará por teléfono la mañana de la expulsión y al día siguiente, para asegurarse que todo ha ido correctamente, y concertar una consulta varios días después.

Pitilin, Banazeski, Bedin y Gasparin<sup>43</sup> consideran que la enfermera debe valorar el afrontamiento y ofertar apoyo emocional, favoreciendo la verbalización de sentimientos mediante una comunicación terapéutica durante todo el proceso, y gestionar el trabajo multidisciplinar, derivando a servicios de psicología o a trabajo social si lo considerase necesario.

Las enfermeras especializadas en IVE entrevistadas en el estudio de McLemore, Levi y James<sup>49</sup> determinan “*la flexibilidad*” como principal aptitud de la enfermera, pues cada mujer presenta afrontamientos y sentimientos diferentes (tristeza, enojo, pasividad...) y es el profesional de Enfermería quién debe adaptarse a ellos y valorar si es necesario o no contactar con otros profesionales.

Con el objetivo de humanizar el cuidado, Ferreira Guedes Rodrigues, Correia de Andrade, Alves Dantas y Rangel da Silva<sup>52</sup> plantan intervenciones en cuanto al confort de la mujer, como, por ejemplo, disponer de habitaciones individuales separadas de las

destinadas al post-parto para acoger a las mujeres ingresadas en hospitales por IVE o complicaciones de la IVE, permitir la presencia de un acompañante durante todo el proceso y el control del ambiente (temperatura, ruido, intensidad de la luz...). El aumento de privacidad disminuye la sensación de estigma percibida por la mujer según Lipp <sup>47</sup>, quien también propone medidas como la disponibilidad de habitaciones individuales y la apertura de las clínicas de lunes a domingo.

Varios autores <sup>36, 43, 46, 50, 52</sup> coinciden en la indicación de educación en salud reproductiva y sexualidad en el cuidado integral de la IVE, con el objetivo de prevenir los abortos de repetición. Streffling et al. <sup>50</sup> encuentran en su estudio que las orientaciones se dan, pero son escasas y débiles, únicamente dirigidas al uso de anticonceptivos hormonales, y no son asimiladas por las mujeres; esto revela la dificultad de abordar, por parte de la Enfermería, determinados asuntos relacionados con la sexualidad y la vida privada de la mujer. En la misma línea, McLemore y Levi <sup>36</sup> hallan que la educación sexual tras la IVE se centra en la recomendación de anticonceptivos y no aborda la prevención de enfermedades, las infecciones de transmisión sexual, ni la sexualidad de la mujer.

La revisión bibliográfica de Pitilin, Banazeski, Bedin y Gasparin <sup>43</sup> cierra relacionando la práctica de la IVE como una consecuencia de la precariedad de la educación sexual y reproductiva ofrecida a la población por parte de los servicios sanitarios. De esta forma, defiende el rol de educadora de la enfermera tanto en la prevención de los embarazos no deseados, promoviendo la educación sexual y reproductiva de la comunidad, como en el cuidado y seguimiento post-IVE.

#### 4. CONCLUSIONES.

Según la información recogida en los diferentes documentos revisados, las ideas, percepciones y posicionamiento de las enfermeras ante la IVE dependen de las creencias o filosofía personal, la legislación vigente, la formación, la construcción social del aborto y el motivo del aborto. El posicionamiento de la enfermera afecta al cuidado de la mujer, de forma que se observa mayor tendencia a la integralidad y humanización del cuidado cuando la enfermera respeta y entiende la decisión de la mujer, sin establecer juicios de valor.

No existen dos representaciones ni experiencias del aborto iguales y, por tanto, la variedad de respuestas que presentan las mujeres ante la interrupción del embarazo depende de muchos factores (subjetividad, contexto, redes de apoyo, expectativas en el cuidado...) pudiendo afectar en varias dimensiones: éticas, familiares, sociales y/o sanitarias. Se podrían identificar como factores facilitadores para un afrontamiento eficaz la existencia de una red de apoyo que respalde la decisión de la mujer, la legalización de la IVE, la desestigmatización social del aborto, la accesibilidad a servicios sanitarios que garanticen el aborto seguro, la relación terapéutica con el personal sanitario que ofrezca un cuidado integral durante la IVE, la elección del método de aborto, el control del dolor y el seguimiento.

Las representaciones de las mujeres del cuidado de Enfermería en la IVE parecen relacionarse con procedimientos técnicos sobre la base de las necesidades físicas de la mujer, lo que coincide con las intervenciones comúnmente definidas por las enfermeras sobre su papel en la IVE. Sin embargo, este modelo biologicista no responde a las necesidades sentidas por las mujeres. Por lo tanto, nos encontramos ante el reto de modificar el concepto de cuidado durante la IVE, dotándolo de una visión holística, que contemple las necesidades psíquicas y sociales de las mujeres, y humanista-feminista, que sitúe a la mujer en el centro del cuidado, considerando sus preferencias, respetando sus decisiones y ayudándolas a alcanzar sus metas.

Tras el análisis en profundidad de los documentos incluidos en la revisión, podríamos concluir con que la Enfermería desempeña un papel importante en la acogida, cuidado, educación y seguimiento de la mujer en situación de aborto voluntario. No obstante, la heterogeneidad de datos encontrados en torno al rol y funciones de la enfermera durante el cuidado de la IVE, probablemente se debe a las significantes diferencias entre los contextos en los que se elaboraron los documentos incluidos en la revisión. Así, en los entornos donde el aborto es criminalizado y realizado en la clandestinidad, como es el caso de Brasil, las enfermeras establecen prioridades de cuidado entorno a la seguridad física de la mujer. Mientras que en contextos en los que se dispone de un alto nivel de recursos, una legislación permisiva y un menor estigma social, el rol de la enfermera se plantea como principal responsable de la atención y cuidado durante todo el proceso de la IVE farmacológica o en otro tipo de intervenciones.

Son pocos los artículos en los que encontramos la tentativa de analizar la atención en la IVE como un problema con perspectiva de género, es decir, teniendo en cuenta la posición de subordinación en la sociedad de las mujeres y la transcendencia de su salud más allá del papel reproductivo. La regulación legal del aborto, el estigma social de la mujer que decide interrumpir su embarazo y los servicios sanitarios establecidos para llevarlo a cabo son instrumentos del Estado para perpetuar el tutelaje de la mujer. Es por esto por lo que el rol de la enfermera se presenta como un instrumento para el empoderamiento de la mujer asegurando que la IVE se lleve a cabo de una forma segura para su integridad física, pero también respaldando su decisión y abordando su cuidado de una manera holística en base a sus condiciones individuales y sociales específicas.

A pesar de que las directrices de la Ley de SSR e IVE de 2010 señalan que los programas curriculares de los profesionales de la salud incluirán investigación y formación en la práctica clínica de la IVE y de la integración de la IVE en la cartera de servicios del SNS, la bibliografía sobre el papel de la enfermera en la atención y cuidado en la interrupción voluntaria del embarazo es casi inexistente en nuestro país. Asimismo, en el Real Decreto 831/2010, posterior a la Ley, donde se establecen requisitos específicos para garantizar el acceso y la buena atención a la IVE no se hace alusión al personal necesario para llevar a cabo la IVE sino únicamente a la infraestructura y material necesario; es decir, no se



Menciona al personal de Enfermería ni sus funciones, sino que únicamente mencionan como necesarias en IVEs de alto riesgo “*unidades de enfermería y planta de hospitalización*”.

Para finalizar, habría que destacar que este trabajo de fin de grado ofrece interpretaciones limitadas a cerca de la vivencia del aborto voluntario y su cuidado, evidenciando la necesidad de un estudio con dimensiones antropológicas y sociológicas más profundas. Sería necesario profundizar en cómo se articula la atención a la IVE en nuestro Sistema Sanitario y llevar a cabo estudios en nuestro contexto sobre el rol de la Enfermería, pudiendo llegar a la creación de una Guía de práctica clínica de Enfermería y de protocolos que establezcan funciones específicas de la enfermera durante la IVE y determinar una filosofía común en la atención. Igualmente, se debería abordar la función de la enfermera de Atención Primaria tanto en el primer contacto y derivación a servicios específicos como en el asesoramiento y seguimiento post-IVE de la mujer.

Dados los resultados de los documentos que hablan de la situación en nuestro país, parece también necesario tener en cuenta las necesidades especiales en colectivos específicos, como población inmigrante o población adolescente, estableciendo recomendaciones y medidas oportunas para el abordaje de la prevención del embarazo no deseado y la información sobre las medidas legales y sanitarias en caso de gestación confirmada.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

1. Aborto [Internet]. Diccionario de la lengua española. 2017 [citado 2 Febrero 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=09MBZJB>
2. Pritchard J, Mac Donald P, Gant N. Williams obstetricia. 24th ed. Barcelona: Salvat; 2011.
3. Martínez Ortega R, García Perea E. Enfermería de la mujer. 1st ed. Madrid: Editorial Universitaria Ramon Areces; 2011.
4. Organización Mundial de la Salud. Manual de práctica clínica para un aborto seguro. 2nd ed. Genova: Organización Mundial de la Salud; 2014.
5. Mayo Abad D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. Rev Cubana Obstetric y Ginecolog. Ciudad de la Habana: 2002; 28(2).
6. Isla Valdés A., Velasco Boza A., Cruz Hernández J., Díaz Curbelo A., Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. Revista Cubana Med Gen Integral. Ciudad de la Habana: 2010; 26(1).
7. Organización Mundial de la Salud. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2nd ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
8. The Roadmap to Safe Abortion Worldwide: Lessons from New Global Trends on Incidence, Legality and Safety [Internet]. Guttmacher Institute. 2018 [citado 4 Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/gpr/2018/03/roadmap-safe-abortion-worldwide-lessons-new-global-trends-incidence-legality-and-safety>
9. Summary of the programme of action of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations, Dept. of Public Information; 1995
10. Organización de Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Pekín; 1995. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
11. The World's Abortion Laws [Internet]. Worldabortionlaws.com. 2018 [citado 4 February 2018]. Disponible en: <http://worldabortionlaws.com>
12. Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. Informe sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia. Bruselas: Parlamento Europeo; 2002.

13. Código penal español. Capítulo primero. Del homicidio, envenenamiento, castración y aborto. Título primero: de los delitos contra las personas. Segunda parte: de los delitos contra los particulares. Madrid; 1822.
14. Campelo P. La Segunda República despenalizó el aborto con la ley más avanzada de Europa [Internet]. Publico.es. 2014 [citado 24 Febrero 2018]. Disponible en: <http://www.publico.es/actualidad/segunda-republica-despenalizo-aborto-ley.html>
15. Aranmb. A la cabeza de Europa. La Ley del Aborto de 1937 [Internet]. · La cantera de Babí. 2013 [citado 4 Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.amargolles.net/?p=3191>
16. 14. Peiró R., Colomei C., Ashton J., Álvarez-Dardet C.. Abortos inducidos en mujeres españolas en Inglaterra y Gales (1974–1988). Gaceta Sanitaria. 1994; 8(41):57-62.)
17. Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal; 1985 BOE nº 166 del 12 Julio del 1985. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1985-14138>
18. Ministerio de Sanidad y Consumo. Subdirección general de información sanitaria y epidemiológica. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 1988. Madrid; 1989 p. 45. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVEs\\_anteriores/IVE\\_1988.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVEs_anteriores/IVE_1988.pdf)
19. Ministerio de Sanidad y Consumo. La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Madrid; 2007.
20. Real Decreto 831/2010, de 25 de Junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 155 del 26 de Junio del 2010. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/26/pdfs/BOE-A-2010-10154.pdf>
21. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Libro II: Delitos y sus penas. Título II: del aborto. Artículos 144, 145, 145bis y 146. BOE nº 281, de 24 de noviembre de 1995. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
22. Anteproyecto de ley Para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada; 2013. Disponible en :

[http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292427296660?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Medios&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D131220\\_Ley\\_Org%C3%A1nica\\_para\\_la\\_Protecci%C3%B3n\\_de\\_la\\_vida\\_del\\_concebido\\_y\\_de\\_los\\_derechos\\_de\\_la\\_mujer\\_embarazada.pdf&blobheadervalue2=1288787886864](http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/Portal/1292427296660?blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadername2=Medios&blobheadervalue1=attachment%3B+filename%3D131220_Ley_Org%C3%A1nica_para_la_Protecci%C3%B3n_de_la_vida_del_concebido_y_de_los_derechos_de_la_mujer_embarazada.pdf&blobheadervalue2=1288787886864)

23. Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 227, de 22 de septiembre de 2015. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10141](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-10141)
24. Código Deontológico de la Enfermería Española. Consejo General de Enfermería.; 1989.
25. Código Deontológico Médico. Organización Médica Colegial de España.; 1978.
26. Código Deontológico Internacional para Matronas .Confederación Internacional de Matronas. Glasgow; 2008. Disponible en: [http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008\\_001%20SPA%20Codigo%20deontologico%20internacional%20para%20matronas.pdf](http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20SPA%20Codigo%20deontologico%20internacional%20para%20matronas.pdf)
27. Código Deontológico de las Matronas Españolas. Asociación Española de Matronas; 2011.
28. Objeción de conciencia, ¿un riesgo para las mujeres que abortan en España? [Internet]. Consalud. 2016 [citado 4 Febrero 2018]. Disponible en: [https://www.consalud.es/pacientes/objecion-de-conciencia-un-riesgo-para-las-mujeres-que-abortan-en-espana\\_31703\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/objecion-de-conciencia-un-riesgo-para-las-mujeres-que-abortan-en-espana_31703_102.html)
29. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección general de salud pública, calidad e innovación. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2016. Madrid; 2017. Disponible en: [https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVEs\\_anteriores/IVE\\_1988.pdf](https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVEs_anteriores/IVE_1988.pdf)

30. Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid; 2011. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
31. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo. Protocolo de Atención y funcionamiento del Aborto Provocado. Madrid; 2011. Disponible en: [http://www.sogac.org/index\\_htm\\_files/10.pdf](http://www.sogac.org/index_htm_files/10.pdf)
32. Serrano Navarro J, López Arregui E, Mari Juan J, Rey Novoa M, Gutierrez Ales J, Lertxundi Barañano R. Guía para la interrupción voluntaria del embarazo. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y Sociedad Española de Contracepción; 2013.
33. Médicos del Mundo, Alianza por la Solidaridad, Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) Fórum de Política Feminista o Plataforma CEDAW et al. Sombra Deficiencias e inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España 2016. Madrid; 2016. Disponible en: <http://www.alianzaporlasolidaridad.org/wp-content/uploads/MdM-Informe-DDSSRR.pdf>
34. Ollé C., Bosser R., Prat N., Coll C., Magrinyà P., Gispert R. Proceso de desarrollo de la IVE farmacológica en Cataluña. Dirección General de Planificación e Investigación en Salud, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya. Barcelona; 2014. Disponible en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/dades\\_de\\_salut\\_i\\_serveis\\_sanitaris/interrupcio\\_voluntaria\\_de\\_l'embaras\\_ive/documents/avortament\\_farmacologic\\_castella.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/interrupcio_voluntaria_de_l'embaras_ive/documents/avortament_farmacologic_castella.pdf)
35. Perez, G., Ruiz-Munoz, D., Gotsens, M., Cases, M. and Rodriguez-Sanz, M. Social and economic inequalities in induced abortion in Spain as a function of individual and contextual factors. *The European Journal of Public Health*. 2013; 24(1), 162-169.
36. McLemore M, Levi A. Nurses and Care of Women Seeking Abortions, 1971 to 2011. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2011; 40(6):672-677.
37. Lopes da Silva JP, Araújo M. Olhar reflexivo sobre o Aborto na visão da Enfermagem a partir de uma leitura de gênero. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2011; 14 (4): 19-24.

38. Ortega Larrea S, García Orellán R, Ortega Larrea A. El silencio social que se construye en torno al aborto inducido. *Index Enferm* [Internet]. 2016; 25(4): 243-247. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962016000300005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962016000300005&lng=es).
39. Lemos A, Russo Jane A. Profissionais de saúde e o aborto: o dito e o não dito em uma capacitação profissional em saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014;18(49): 301-312. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000200301&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000200301&lng=en) / <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0754>.
40. Strefling IS, Wilson Danilo LF, Pereira da Costa KN, Correa SM, Portella RJ. Percepções da enfermagem sobre gestão e cuidado no abortamento: estudo qualitativo. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2015; 24( 3 ): 784-791. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072015000300784&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000300784&lng=en) / <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000940014>.
41. Guerra Benute GR, Nonnenmacher D, Yakamoto NRM, Souza de Lucia de Zugaib LMC. Influência da percepção dos profissionais quanto ao aborto provocado na atenção à saúde da mulher. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* [Internet]. 2012; 34( 2 ): 69-73. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032012000200005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200005&lng=en) / <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000200005>.
42. Dos Anjos Gesteira SM, Freire Diniz NM, Menicucci de Oliveira E. Healthcare for women in process of induced abortion: statements of nursing professionals. *Acta paul. enferm*. [Internet]. 2008; 21( 3 ): 449-453. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002008000300011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300011&lng=en) / <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300011>.
43. Pitilin EB, Banazeski AC, Bedin R, Gasparin VA. Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. *Enferm. glob.* [Internet]. 2016; 15( 43 ): 439-451. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412016000300017&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000300017&lng=es).

44. Miranda Lucas MJ, Comas d'Argemir D. Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. *Rev. Bioética y Derecho* [Internet]. 2016; (38): 37-53. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872016000300004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872016000300004&lng=es) / <http://dx.doi.org/10.1344/rbd2016.38.17044>
45. Gallagher K, Porock D, Edgley A. The concept of 'nursing' in the abortion services. *Journal of Advanced Nursing*. 2010;66(4): 849-857
46. Lindström M, Wulff M, Dahlgren L, Lalos A. Scand J. Experiences of working with abortion: focus group discussions with gynecologists and midwives/nurses. *Caring Sci*; 2011; 25: 146-162
47. Lipp, A. (2011). Stigma in abortion care: Application to a grounded theory study. *Contemporary Nurse*. 2015; 37(2):115-123.
48. Gondim Mariutti M, de Almeida Marislei AM, Sanches Panobianco M, Nursing care according to women in abortion situations. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2007; 15( 1 ): 20-26. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692007000100004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000100004&lng=en) / <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000100004>.
49. McLemore M, Levi A, James E. Recruitment and retention strategies for expert nurses in abortion care provision. *Contraception*. 2015; 91(6): 474-479.
50. Strefling ISS et al. Cuidado integral e aconselhamento reprodutivo à mulher que abortou: percepções da enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2013; 17( 4 ): 698-704. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400698&lng=pt) / <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20130014>
51. McLemore M, Desai S, Freedman L, James E, Taylor D. Women Know Best—Findings from a Thematic Analysis of 5,214 Surveys of Abortion Care Experience. *Women's Health Issues*. 2014; 24(6):594-599.

52. Ferreira Guedes Rodrigues W, Correia de Andrade D, Alves Dantas S, Rangel da Silva L. Abortamento: protocolo de asistencia de enfermagem: Relato de experiencia. *Revista de Enfermagem UFPE*. 2017; 11 (8): 3171-3175.
53. Renner RM, Brahmi D, Kapp N. Who can provide effective and safe termination of pregnancy care? A systematic review. *BJOG. An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2012; 120 (1): 23-31.
54. Llácer Gil de Rames A, Morales Martín C, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa Alvear L, Martínez Blanco ML. El aborto en las mujeres inmigrantes. Una perspectiva desde los profesionales sociosanitarios que atienden la demanda en Madrid. *Index Enferm [Internet]*. 2006; 15(55):13-17. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962006000300003&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300003&lng=es)
55. Kopp Kallner H, Gomperts R, Salomonsson E, Johansson M, Marions L, Gemzell-Danielsson K. The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: a randomised controlled equivalence trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2014;122(4):510-517.



## 6. AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer en primer lugar a mi tutora, Belén, por haber confiado en mí y por su inestimable ayuda y enseñanzas. Ante las dificultades profesionales y personales que se han presentado, siempre ha estado dispuesta a dedicarme su tiempo y conocimiento, gracias por cada tutoría y cada corrección.

Gracias a todas las mujeres que me han inspirado y animado a trabajar en un tema como este: a mi abuela, mi madre, mi hermana, mis amigas del barrio, mi prima, mis compañeras de equipo y mis colegas enfermeras.

A mis padres, por la motivación diaria y consejos, por escucharme, confiar, y estar siempre para mí; por ser proveedores de cuidado humano, holístico, integral y empoderador sin saber que significa nada de eso.

Y a mis compañeras y compañeros que creen en la Enfermería como herramienta de transformación social, por el apoyo y la motivación durante la elaboración del trabajo, pero también por los momentos de alegría, las experiencias y reflexiones que hemos compartido a lo largo de estos cuatro años.

## 7. ANEXOS

### **Anexo I- Ley Orgánica 2/2010- Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.**

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley orgánica.

#### PREÁMBULO

##### I

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

La protección de este ámbito de autonomía personal tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el embarazo y la maternidad son hechos que afectan profundamente a sus vidas en todos los sentidos. La especial relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva ha sido puesta de manifiesto por diversos textos internacionales. Así, en el ámbito de Naciones Unidas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que «Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar». Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, ha reconocido que «los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia». En el ámbito de la Unión

Europea, el Parlamento Europeo ha aprobado la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, en la que se contiene un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo sexual que tiene como base, entre otras consideraciones, la constatación de las enormes desigualdades entre las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, establece la obligación de los Estados Partes de respetar «el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener [...] a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos», así como a que «mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás».

La presente Ley pretende adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. La Ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos.

La Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en nuestro ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Establece, asimismo, una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal que, siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural, busca garantizar y proteger adecuadamente los derechos e intereses en presencia, de la mujer y de la vida prenatal.

## II

El primer deber del legislador es adaptar el Derecho a los valores de la sociedad cuyas relaciones ha de regular, procurando siempre que la innovación normativa genere certeza y seguridad en las personas a quienes se destina, pues la libertad sólo encuentra refugio en el suelo firme de la claridad y precisión de la Ley. Ese es el espíritu que inspira la nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Hace un cuarto de siglo, el legislador, respondiendo al problema social de los abortos clandestinos, que ponían en grave riesgo la vida y la salud de las mujeres y atendiendo a la conciencia social mayoritaria que reconocía la relevancia de los derechos de las mujeres en relación con la maternidad, despenalizó ciertos supuestos de aborto. La reforma del Código Penal supuso un avance al posibilitar el acceso de las mujeres a un aborto legal y seguro cuando concurriera alguna de las indicaciones legalmente previstas: grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto. A lo largo de estos años, sin embargo, la aplicación de la ley ha generado incertidumbres y prácticas que han afectado a la seguridad jurídica, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien

jurídico penalmente tutelado y que, en contra del fin de la norma, eventualmente han podido poner en dificultades a los profesionales sanitarios de quienes precisamente depende la vigilancia de la seguridad médica en las intervenciones de interrupción del embarazo.

La necesidad de reforzar la seguridad jurídica en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido enfatizada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su sentencia de 20 de marzo de 2007 en la que se afirma, por un lado, que «en este tipo de situaciones las previsiones legales deben, en primer lugar y ante todo, asegurar la claridad de la posición jurídica de la mujer embarazada» y, por otro lado, que «una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe estructurar su marco legal de modo que se limiten las posibilidades reales de obtenerlo».

En una sociedad libre, pluralista y abierta, corresponde al legislador, dentro del marco de opciones que la Constitución deja abierto, desarrollar los derechos fundamentales de acuerdo con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico. La experiencia acumulada en la aplicación del marco legal vigente, el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres tanto en el ámbito público como en su vida privada, así como la tendencia normativa imperante en los países de nuestro entorno, abogan por una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo presidida por la claridad en donde queden adecuadamente garantizadas tanto la autonomía de las mujeres, como la eficaz protección de la vida prenatal como bien jurídico. Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 abril, reafirmó el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y en ese contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada y, en consecuencia, ha invitado a los Estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables.

En la concreción del modelo legal, se ha considerado de manera especialmente atenta la doctrina constitucional derivada de las sentencias del Tribunal Constitucional en esta materia. Así, en la sentencia 53/1985, el Tribunal, perfectamente dividido en importantes cuestiones de fondo, enunció sin embargo, algunos principios que han sido respaldados por la jurisprudencia posterior y que aquí se toman como punto de partida. Una de esas afirmaciones de principio es la negación del carácter absoluto de los derechos e intereses que entran en conflicto a la hora de regular la interrupción voluntaria del embarazo y, en consecuencia, el deber del legislador de «ponderar los bienes y derechos en función del supuesto planteado, tratando de armonizarlos si ello es posible o, en caso contrario, precisando las condiciones y requisitos en que podría admitirse la prevalencia de uno de ellos» (STC 53/1985). Pues si bien «los no nacidos no pueden considerarse en nuestro ordenamiento como titulares del derecho fundamental a la vida que garantiza el artículo 15 de la Constitución» esto no significa que resulten privados de toda protección constitucional (STC 116/1999). La vida prenatal es un bien jurídico merecedor de protección que el legislador debe hacer eficaz, sin ignorar que la forma en que tal garantía se configure e instrumente estará siempre intermediada por la garantía de los derechos fundamentales de la mujer embarazada.

La ponderación que el legislador realiza ha tenido en cuenta la doctrina de la STC 53/1985 y atiende a los cambios cualitativos de la vida en formación que tienen lugar durante el embarazo, estableciendo, de este modo, una concordancia práctica de los derechos y bienes concurrentes a través de un modelo de tutela gradual a lo largo de la gestación.

La presente Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. El legislador ha considerado razonable, de acuerdo con las indicaciones de las personas expertas y el análisis del derecho comparado, dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros, lo que la STC 53/1985 denomina «autodeterminación consciente», dado que la

intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante, no ofrece una mayor garantía para el feto y, a la vez, limita innecesariamente la personalidad de la mujer, valor amparado en el artículo 10.1 de la Constitución.

La experiencia ha demostrado que la protección de la vida prenatal es más eficaz a través de políticas activas de apoyo a las mujeres embarazadas y a la maternidad. Por ello, la tutela del bien jurídico en el momento inicial de la gestación se articula a través de la voluntad de la mujer, y no contra ella. La mujer adoptará su decisión tras haber sido informada de todas las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo, de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, así como de la posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención. La Ley dispone un plazo de reflexión de al menos tres días y, además de exigir la claridad y objetividad de la información, impone condiciones para que ésta se ofrezca en un ámbito y de un modo exento de presión para la mujer.

En el desarrollo de la gestación, «tiene –como ha afirmado la STC 53/1985– una especial trascendencia el momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre». El umbral de la viabilidad fetal se sitúa, en consenso general avalado por la comunidad científica y basado en estudios de las unidades de neonatología, en torno a la vigésimo segunda semana de gestación. Es hasta este momento cuando la Ley permite la interrupción del embarazo siempre que concorra alguna de estas dos indicaciones: «que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada», o «que exista riesgo de graves anomalías en el feto». Estos supuestos de interrupción voluntaria del embarazo de carácter médico se regulan con las debidas garantías a fin de acreditar con la mayor seguridad posible la concurrencia de la indicación. A diferencia de la regulación vigente, se establece un límite temporal cierto en la aplicación de la llamada indicación terapéutica, de modo que en caso de existir riesgo para la vida o salud de la mujer más allá de la vigésimo segunda semana de gestación, lo adecuado será la práctica de un parto inducido, con lo que el derecho a la vida e integridad física de la mujer y el interés en la protección de la vida en formación se armonizan plenamente.

Más allá de la vigésimo segunda semana, la ley configura dos supuestos excepcionales de interrupción del embarazo. El primero se refiere a aquellos casos en que «se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida», en que decae la premisa que hace de la vida prenatal un bien jurídico protegido en tanto que proyección del artículo 15 de la Constitución (STC 212/1996). El segundo supuesto se circunscribe a los casos en que «se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico». Su comprobación se ha deferido al juicio experto de profesionales médicos conformado de acuerdo con la evidencia científica del momento.

La Ley establece además un conjunto de garantías relativas al acceso efectivo a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y a la protección de la intimidad y confidencialidad de las mujeres. Con estas previsiones legales se pretende dar solución a los problemas a que había dado lugar el actual marco regulador tanto de desigualdades territoriales en el acceso a la prestación como de vulneración de la intimidad. Así, se encomienda a la Alta Inspección velar por la efectiva igualdad en el ejercicio de los derechos y el acceso a las prestaciones reconocidas en esta Ley.

Asimismo se recoge la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, que será articulado en un desarrollo futuro de la Ley.

Se ha dado nueva redacción al artículo 145 del Código Penal con el fin de limitar la pena impuesta a la mujer que consiente o se practica un aborto fuera de los casos permitidos por la ley eliminando la previsión de pena privativa de libertad, por un lado y, por otro, para precisar la imposición de las penas en sus mitades superiores en determinados supuestos.

Asimismo se introduce un nuevo artículo 145 bis, a fin de incorporar la penalidad correspondiente de las conductas de quienes practican una interrupción del embarazo dentro de los casos contemplados por la ley, pero sin cumplir los requisitos exigidos en ella.

Finalmente, se ha modificado la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente con el fin de que la prestación del consentimiento para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo se sujete al régimen general previsto en esta Ley y eliminar la excepcionalidad establecida en este caso.

### III

La Ley se estructura en un Título preliminar, dos Títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales.

El Título Preliminar establece el objeto, las definiciones, los principios inspiradores de la ley y proclama los derechos que garantiza.

El Título Primero, bajo la rúbrica «De la salud sexual y reproductiva, se articula en cuatro capítulos. En el capítulo I se fijan los objetivos de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. El capítulo II contiene las medidas en el ámbito sanitario y el capítulo III se refiere a las relativas al ámbito educativo. El capítulo IV tiene como objeto la previsión de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como instrumento de colaboración de las distintas administraciones públicas para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia.

En el Título Segundo se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y las garantías en el acceso a la prestación.

La disposición adicional primera mandata que la Alta Inspección verifique el cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley.

La disposición adicional segunda impone al Gobierno la evaluación del coste económico de los servicios y prestaciones incluidos en la Ley así como la adopción de medidas previstas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, la disposición adicional tercera se refiere al acceso a los métodos anticonceptivos y su inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

La disposición derogatoria deroga el artículo 417 bis del Código Penal introducido en el Código Penal de 1973 por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, y cuya vigencia fue mantenida por el Código Penal de 1995.

La disposición final primera da nueva redacción al artículo 145 del Código Penal e introduce un nuevo artículo 145 bis, y la disposición final segunda modifica el apartado cuarto del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Finalmente, las restantes disposiciones finales se refieren al carácter orgánico de la ley, la habilitación al Gobierno para su desarrollo reglamentario, el ámbito territorial de aplicación de la Ley y la entrada en vigor que se fija en cuatro meses desde su publicación, con el fin de que se adopten las medidas necesarias para su plena aplicación.

## TÍTULO PRELIMINAR

### Disposiciones generales

### **Artículo 1. Objeto.**

Constituye el objeto de la presente Ley Orgánica garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

### **Artículo 2. Definiciones.**

A los efectos de lo dispuesto en esta Ley se aplicarán las siguientes definiciones:

a) Salud: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

b) Salud sexual: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.

c) Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.

### **Artículo 3. Principios y ámbito de aplicación.**

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.

3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.

### **Artículo 4. Garantía de igualdad en el acceso.**

El Estado, en el ejercicio de sus competencias de Alta Inspección, velará por que se garantice la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de aplicación de esta Ley.

## **TÍTULO I**

### **De la salud sexual y reproductiva**

## **CAPÍTULO I**

### **Políticas públicas para la salud sexual y reproductiva**



## **Artículo 5. Objetivos de la actuación de los poderes públicos.**

1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:

- a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
- b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
- c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
- d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
- e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.
- f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

2. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán:

- a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.
- b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual.

## **Artículo 6. Acciones informativas y de sensibilización.**

Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

## **CAPÍTULO II**

### **Medidas en el ámbito sanitario**

## **Artículo 7. Atención a la salud sexual y reproductiva.**

Los servicios públicos de salud garantizarán:

- a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.
- b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.



c) La provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En la provisión de estos servicios, se tendrán en cuenta los requerimientos de accesibilidad de las personas con discapacidad.

d) La atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable.

### **Artículo 8. Formación de profesionales de la salud.**

La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá:

a) La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.

b) La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.

c) La salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.

d) En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad.

## **CAPÍTULO III**

### **Medidas en el ámbito educativo**

### **Artículo 9. Incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.**

El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a:

a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.

b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.

c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.

d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.

e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.

f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

### **Artículo 10. Actividades formativas.**

Los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.

## **CAPÍTULO IV**

### **Estrategia de salud sexual y reproductiva**

### **Artículo 11. Elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.**

Para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley, el Gobierno, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respeto a su ámbito competencial, aprobará un Plan que se denominará Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, que contará con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales y las organizaciones sociales.

La Estrategia se elaborará con criterios de calidad y equidad en el Sistema Nacional de Salud y con énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades.

La Estrategia tendrá una duración de cinco años y establecerá mecanismos de evaluación bienal que permitan la valoración de resultados y en particular del acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

## **TÍTULO II**

### **De la interrupción voluntaria del embarazo**

## **CAPÍTULO I**

### **Condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo**

### **Artículo 12. Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.**

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación.

### **Artículo 13. Requisitos comunes.**

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

Primero.–Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo.–Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero.–Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la

Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley.

Cuarto.– **(Suprimido).**

#### **Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.**

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

#### **Artículo 15. Interrupción por causas médicas.**

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

#### **Artículo 16. Comité clínico.**

1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.

2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.

3. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.

4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.

## **Artículo 17. Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.**

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

2. En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:

a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.

b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.

d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Esta información deberá ser entregada en cualquier centro sanitario público o bien en los centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Junto con la información en sobre cerrado se entregará a la mujer un documento acreditativo de la fecha de la entrega, a los efectos de lo establecido en el artículo 14 de esta Ley.

La elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno.

3. En el supuesto de interrupción del embarazo previsto en la letra b del artículo 15 de esta Ley, la mujer recibirá además de la información prevista en el apartado primero de este artículo, información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas.

4. En todos los supuestos, y con carácter previo a la prestación del consentimiento, se habrá de informar a la mujer en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

5. La información prevista en este artículo será clara, objetiva y comprensible. En el caso de las personas con discapacidad, se proporcionará en formatos y medios accesibles, adecuados a sus necesidades.

Se comunicará, en la documentación entregada, que dicha información podrá ser ofrecida, además, verbalmente, si la mujer lo solicita.

## **CAPÍTULO II**

### **Garantías en el acceso a la prestación**

## **Artículo 18. Garantía del acceso a la prestación.**

Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

## **Artículo 19. Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.**

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma.

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

3. Las intervenciones contempladas en la letra c) del artículo 15 de esta Ley se realizarán preferentemente en centros cualificados de la red sanitaria pública.

## **Artículo 20. Protección de la intimidad y confidencialidad.**

1. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo asegurarán la intimidad de las mujeres y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Los centros prestadores del servicio deberán contar con sistemas de custodia activa y diligente de las historias clínicas de las pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente de protección de datos de carácter personal.

## **Artículo 21. Tratamiento de datos.**

1. En el momento de la solicitud de información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, los centros, sin proceder al tratamiento de dato alguno, habrán de informar a la solicitante que los datos identificativos de las pacientes a las que efectivamente se les realice la prestación serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo.

2. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo establecerán mecanismos apropiados de automatización y codificación de los datos de identificación de las pacientes atendidas, en los términos previstos en esta Ley.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, se considerarán datos identificativos de la paciente su nombre, apellidos, domicilio, número de teléfono, dirección de correo electrónico, documento nacional de identidad o documento identificativo equivalente, así como cualquier dato que revele su identidad física o genética.

3. En el momento de la primera recogida de datos de la paciente, se le asignará un código que será utilizado para identificarla en todo el proceso.

4. Los centros sustituirán los datos identificativos de la paciente por el código asignado en cualquier información contenida en la historia clínica que guarde relación con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, de forma que no pueda producirse con carácter general, el acceso a dicha información.

5. Las informaciones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo deberán ser conservadas en la historia clínica de tal forma que su mera visualización no sea posible salvo por el personal que participe en la práctica de la prestación, sin perjuicio de los accesos a los que se refiere el artículo siguiente.

## **Artículo 22. Acceso y cesión de datos de carácter personal.**

1. Únicamente será posible el acceso a los datos de la historia clínica asociados a los que identifican a la paciente, sin su consentimiento, en los casos previstos en las disposiciones legales reguladoras de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica.

Cuando el acceso fuera solicitado por otro profesional sanitario a fin de prestar la adecuada asistencia sanitaria de la paciente, aquél se limitará a los datos estricta y exclusivamente necesarios para la adecuada asistencia, quedando constancia de la realización del acceso. En los demás supuestos amparados por la ley, el acceso se realizará mediante autorización expresa del órgano competente en la que se motivarán de forma detallada las causas que la justifican, quedando en todo caso limitado a los datos estricta y exclusivamente necesarios.

2. El informe de alta, las certificaciones médicas y cualquier otra documentación relacionada con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo que sea necesaria a cualquier efecto, será entregada exclusivamente a la paciente o persona autorizada por ella. Esta documentación respetará el derecho de la paciente a la intimidad y confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal recogido en este Capítulo.

3. No será posible el tratamiento de la información por el centro sanitario para actividades de publicidad o prospección comercial. No podrá recabarse el consentimiento de la paciente para el tratamiento de los datos para estas actividades.

## **Artículo 23. Cancelación de datos.**

1. Los centros que hayan procedido a una interrupción voluntaria de embarazo deberán cancelar de oficio la totalidad de los datos de la paciente una vez transcurridos cinco años desde la fecha de alta de la intervención. No obstante, la documentación clínica podrá conservarse cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en cuyo caso se procederá a la cancelación de todos los datos identificativos de la paciente y del código que se le hubiera asignado como consecuencia de lo dispuesto en los artículos anteriores.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entenderá sin perjuicio del ejercicio por la paciente de su derecho de cancelación, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

#### **Disposición adicional primera. De las funciones de la Alta Inspección.**

El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud.

Para la formulación de propuestas de mejora en equidad y accesibilidad de las prestaciones y con el fin de verificar la aplicación efectiva de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno elaborará un informe anual de situación, en base a los datos presentados por las Comunidades Autónomas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

#### **Disposición adicional segunda. Evaluación de costes y adopción de medidas.**

El Gobierno evaluará el coste económico de los servicios y prestaciones públicas incluidas en la Ley adoptando, en su caso, las medidas necesarias de conformidad a lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

#### **Disposición adicional tercera. Acceso a métodos anticonceptivos.**

El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.

#### **Disposición derogatoria única. Derogación del artículo 417 bis del Código Penal.**

Queda derogado el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, redactado conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.

#### **Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.**

Uno.-El artículo 145 del Código Penal queda redactado de la forma siguiente:

##### **«Artículo 145.**

1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.

3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.»

Dos.–Se añade un nuevo artículo 145 bis del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

**«Artículo 145 bis.**

1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:

a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;

b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;

c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;

d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada a tenor de este precepto.»

Tres.–Se suprime el inciso «417 bis» de la letra a) del apartado primero de la disposición derogatoria única.

**Disposición final segunda. Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.**

El apartado 4 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, tendrá la siguiente redacción:

«4. La práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.»

**Disposición final tercera. Carácter orgánico.**

La presente Ley Orgánica se dicta al amparo del artículo 81 de la Constitución.



Los preceptos contenidos en el Título Preliminar, el Título I, el capítulo II del Título II, las disposiciones adicionales y las disposiciones finales segunda, cuarta, quinta y sexta no tienen carácter orgánico.

**Disposición final cuarta. Habilitación para el desarrollo reglamentario.**

El Gobierno adoptará las disposiciones reglamentarias necesarias para la aplicación y desarrollo de la presente Ley.

En tanto no entre en vigor el desarrollo reglamentario referido, mantienen su vigencia las disposiciones reglamentarias vigentes sobre la materia que no se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

**Disposición final quinta. Ámbito territorial de aplicación de la Ley.**

Sin perjuicio de las correspondientes competencias autonómicas, el marco de aplicación de la presente Ley lo será en todo el territorio del Estado.

Corresponderá a las autoridades sanitarias competentes garantizar la prestación contenida en la red sanitaria pública, o vinculada a la misma, en la Comunidad Autónoma de residencia de la mujer embarazada, siempre que así lo solicite la embarazada.

**Disposición final sexta. Entrada en vigor.**

La Ley entrará en vigor en el plazo de cuatro meses a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,


Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley orgánica.

Madrid, 3 de marzo de 2010.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,  
JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ ZAPATERO

## Anexo II. Cuestionario de la notificación de Interrupción Voluntaria de Embarazo del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

 <b>NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO</b>		<small>DE ACUERDO CON LA LEY, ESTE IMPRESO ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL. R.D. 831/2016</small>
<b>MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD</b>		
<small>ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LÉANSE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO. ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA. NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS SOMBRADOS.</small>		<small>LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS.</small>
<small>NÚMERO DE REGISTRO INTERNO. ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA POSIBILITAR LA RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN.</small>		<small>CÓDIGO DE CENTRO</small>
		<small>IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE</small> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<b>A. DATOS DE LA EMBARAZADA</b>		
<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>		<b>PROVINCIA</b>
<b>CONVIVENCIA</b> <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> EN PAREJA <input type="checkbox"/> CON PADRES/FAMILIARES <input type="checkbox"/> OTRAS PERSONAS <input type="checkbox"/> NO CONSTA		<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b> <b>MUNICIPIO</b>
<input type="checkbox"/> Con Hijos <input type="checkbox"/> Sin Hijos		<b>CÓDIGO POSTAL</b>
<b>PAÍS DE NACIMIENTO</b>		<b>PAÍS DE RESIDENCIA</b>
<b>NACIONALIDAD</b>		<b>AÑO DE LLEGADA</b>
<b>NIVEL DE INSTRUCCIÓN</b> (3) <input type="checkbox"/> ANalfabeta/SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ESO Y EQUIVALENTES <input type="checkbox"/> ESCUELAS UNIVERSITARIAS/FACULTADES <input type="checkbox"/> NO CONSTA <input type="checkbox"/> PRIMER GRADO (ºº ED. PRIMARIA Y EQUIVALENTES) <input type="checkbox"/> BACHILLERATO Y CICLOS DE FP. EQUIVALENTES <input type="checkbox"/> NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO BIEN ESPECIFICADOS		
<b>¿TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		<b>PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS</b> (rellenar sólo en el caso de que la mujer no tenga ingresos económicos propios) <input type="checkbox"/> PAREJA <input type="checkbox"/> FAMILIARES <input type="checkbox"/> OTROS INGRESOS <input type="checkbox"/> NO CONSTA
<b>SITUACIÓN LABORAL</b> 1 TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA 2 TRABAJADORA POR CUENTA AJENA 3 PENSIONISTA 4 ESTUDIANTE 5 DESEMPLEADA O SIN EMPLEO 6 TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO 7 OTRAS 8 NO CONSTA		<b>¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>¿DE QUÉ TIPO?</b> (4) 1 NATURALES 2 BARRERA 3 MECÁNICOS 4 HORMONALES 5 MÉTODOS DEFINITIVOS <input type="checkbox"/> 6 OTROS MÉTODOS
<b>B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN</b>		
<b>¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTIR ESTE EMBARAZO?</b> <input type="checkbox"/> CENTRO SANITARIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> CENTRO SANITARIO PRIVADO		<b>TELÉFONOS DE INFORMACIÓN AL USUARIO</b> <input type="checkbox"/> AMIGOS/FAMILIARES <input type="checkbox"/> MEDIO DE COMUNICACIÓN <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> NO CONSTA
<b>SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO</b>		<b>FECHA DE LA INTERVENCIÓN</b> (5) DA MES AÑO
<b>MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO</b> 1 A PETICIÓN DE LA MUJER 2 GRAVE RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA 3 RIESGO DE GRAVES ANOMALÍAS EN EL FETO 4 ANOMALÍAS FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O ENFERMEDAD EXTREMADAMENTE GRAVE E INCURABLE		<b>CAUSA</b> <b>RIESGO PARA LA EMBARAZADA</b> <b>RIESGO FETAL</b>
<b>MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN</b> MÉTODO QUIRÚRGICO <input type="checkbox"/> DILATACIÓN Y EVACUACIÓN <input type="checkbox"/> DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN MÉTODO FARMACOLÓGICO <input type="checkbox"/> MIFEPRISTONA <input type="checkbox"/> PROSTAGLANDINAS OTROS MÉTODOS ESPECIFICAR		
<small>NOTA: LAS Opciones NO SON EXCLUYENTES ENTRE SÍ, POR LO QUE PODRÁ MARCARSE MÁS DE UNA.</small>		

**Anexo III. Tabla 4. Número de IVES según grupo de edad, tipo de centro, lugar de información, semana de gestación, motivo de interrupción, método empleado en la intervención.2016. Total Nacional.**

		<b>Edad</b>							
	<b>TOTAL</b>	<b>&lt;15</b>	<b>15-19</b>	<b>20-24</b>	<b>25-29</b>	<b>30-34</b>	<b>35-39</b>	<b>40-44</b>	<b>&gt;44</b>
<b>TOTAL I.V.E.</b>	<b>93.131</b>	<b>406</b>	<b>9.375</b>	<b>18.953</b>	<b>20.087</b>	<b>19.784</b>	<b>17.045</b>	<b>6.843</b>	<b>638</b>
<b>Tipo de Centro</b>									
<b>HOSPITALARIO</b>	<b>10.185</b>	<b>52</b>	<b>947</b>	<b>1.733</b>	<b>1.995</b>	<b>2.218</b>	<b>2.197</b>	<b>958</b>	<b>85</b>
Público	4.176	23	356	651	754	954	979	417	42
Privado	6.009	29	591	1.082	1.241	1.264	1.218	541	43
<b>EXTRAHOSPITALARIO</b>	<b>82.946</b>	<b>354</b>	<b>8.428</b>	<b>17.220</b>	<b>18.092</b>	<b>17.566</b>	<b>14.848</b>	<b>5.885</b>	<b>553</b>
Público	6.751	15	710	1.523	1.435	1.361	1.217	447	43
Privado	76.195	339	7.718	15.697	16.657	16.205	13.631	5.438	510
<b>Lugar de información</b>									
Centro Sanitario Público	59.939	321	6.859	12.732	12.744	12.247	10.467	4.179	390
Centro Sanitario Privado	10.087	22	732	1.769	2.090	2.319	2.176	886	93
Teléfono Información al Ciudadano	419	0	27	93	94	94	84	23	4
Amigos/Familiares	7.668	31	725	1.504	1.691	1.726	1.413	536	42
Medios Comunicación	246	3	20	39	56	48	51	26	3
Internet	11.136	19	738	2.147	2.595	2.538	2.137	881	81
No Consta	3.636	10	274	669	817	812	717	312	25
<b>Semanas de gestación</b>									
8 o menos semanas	64.975	220	6.036	13.406	14.403	13.976	11.732	4.762	440
9-14 semanas	22.407	124	2.693	4.765	4.773	4.512	3.907	1.496	137
15-22 semanas	5.533	62	639	767	874	1.221	1.346	565	59
23 o más semanas	216	0	7	15	37	75	60	20	2
<b>Motivo interrupción</b>									
A petición de la mujer	83.507	336	8.504	17.682	18.496	17.569	14.641	5.736	543
Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	5.945	68	820	1.117	1.194	1.199	1.024	470	53
Riesgo de graves anomalías en el feto	3.360	2	41	131	347	913	1.283	603	40
Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	315	0	10	23	50	103	95	32	2
Varios Motivos	4	0	0	0	0	0	2	2	0
<b>Método intervención</b>									
Dilatación y Evacuación	10.620	58	1.218	2.055	2.121	2.204	2.023	860	81
Dilatación y Aspiración	64.189	290	6.520	13.256	14.140	13.568	11.414	4.563	438
Mifepistona	18.652	51	1.731	3.865	3.986	3.987	3.514	1.391	127
Prostaglandinas	15.234	47	1.433	3.096	3.219	3.283	2.917	1.134	105
Otros Métodos/NC	1.367	14	92	152	203	340	382	177	7

Fuente: Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid; 20

**ANEXO IV. Tabla 5. Principales características de los documentos de la revisión narrativa.**

<b>Autores/ Año</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Diseño</b>	<b>Población</b>	<b>Metodología</b>	<b>Principales hallazgos</b>
<b>1. Dos Anjos Gesteira SM, Freire Diniz NM, Menicucci de Oliveira E, /2008</b>	Analizar el discurso del equipo de Enfermería de un servicio de maternidad con relación a la asistencia prestada a la mujer durante el proceso del aborto electivo.	Estudio cualitativo	10 enfermeras y 8 auxiliares de enfermería de un hospital público de Salvador de Bahía (Brasil)	Estudio de contenido de dos entrevistas grupales	El personal de enfermería percibe el aborto como un crimen o pecado. El silencio que se produce en torno al cuidado del aborto hace que la asistencia sea discriminatoria y nada humanizada.
<b>2. Ferreira Guedes Rodrigues W, Correia de Andrade D, Alves Dantas S, Rangel da Silva L /2017</b>	Informar sobre la aplicación del Protocolo de Enfermería en Atención a Mujeres en proceso de aborto	Estudio descriptivo-Relato de experiencia		Se describe el proceso de creación del protocolo utilizando diagnósticos NANDA, justificando con base a bibliografía un “plan de cuidados tipo”	La existencia de un protocolo presenta mayor seguridad en la atención de Enfermería para las mujeres y los profesionales, mejora la interacción multiprofesional, y proporciona una atención humanizada e integral a las mujeres.
<b>3. Gallagher K, Porock D, Edgley A./2009</b>	Explorar las percepciones de las enfermeras que trabajan en IVE.	Estudio cualitativo	9 enfermeras que trabajan en tres clínicas diferentes en Reino Unido.	Análisis de contenido de las entrevistas.	Establecer roles definidos para las enfermeras permitiría, en los servicios de aborto, desempeñar su función de manera más efectiva en todos los tiempos de gestación.

<b>4. Gondim Mariutti M, et al. de Almeida Marislei AM, Sanches Panobianco M, /2007</b>	Comprender como las mujeres en situación de aborto entienden el cuidado de enfermería que reciben	Estudio cualitativo.	13 mujeres hospitalizadas de entre 20 a 45 en un hospital de Sao Paulo por un proceso de aborto inducido.	Análisis de contenido del testimonio de las entrevistas.	Las mujeres identificaron el cuidado como aquel centrado en las necesidades físicas. Presentaban miedo a ser juzgadas por el personal. Necesidad de crear un ambiente que propicie la escucha, ayudando a las mujeres a elaborar el proceso de afrontamiento y permitiendo a los profesionales una conducta más próxima a la realidad y que sea contemplada la integralidad de la atención.
<b>5. Guerra Benute GR, Nonnenmacher D, Yamamoto Nomura RM, Souza de Lucia MC, Zugaib M/2012</b>	Analizar el conocimiento y la percepción de los sanitarios respecto al aborto voluntario.	Estudio cualitativo	119 profesionales de la salud del área de obstetricia de un hospital público universitario de Sao Paulo.	Análisis temático y de contenido de los resultados a una encuesta que combinaba preguntas abiertas y cerradas de elección múltiple	La mayoría del personal sanitario desconoce la legislación vigente. Se constataron actitudes de discriminación y estigma a las mujeres que inducen el aborto.
<b>6. Kopp Kallner H et al. /2014</b>	Definir la eficacia, seguridad y satisfacción de la mujer en el aborto inducido provisto por enfermeras especializadas o matronas.	Estudio cuantitativo experimental y prospectivo aleatorizado. Ensayo clínico de casos y controles.	1180 mujeres con menos de 63 días de gestación que solicitaron una IVE farmacológica en el hospital universitario de Karolinska, Suecia.	Análisis y comparación de datos acerca de la efectividad del aborto farmacológico, la seguridad, la presencia de efectos secundarios y la satisfacción personal de la mujer	El estudio muestra que la provisión de la IVE temprana (<9 semanas) por parte de la matrona o enfermera especializada en un contexto de altos recursos, donde el ultrasonido es parte del protocolo, es efectiva y puede implementarse de manera segura con una alta aceptabilidad entre las mujeres.

<b>7. Lemos A, Russo J./2014</b>	Analizar la visión de profesionales de salud y trabajo social (enfermeras y asistentes sociales) y su relación con la práctica profesional del aborto	Estudio cualitativo.	Siete enfermeras y asistentes sociales que acudían a un curso de “Atención integral en la Salud de la mujer” en Rio de Janeiro.	Análisis de contenido de cuestionarios, entrevistas y observación de los profesionales antes y después de tratar el tema del aborto en aula.	La mayoría de entrevistas, antes contrarias a la idea del aborto como derecho de la mujer, muestran reflexión y ambivalencia tras estudiar el tema del aborto como un problema de Salud Pública y desde el género.
<b>8. Lindström M, Wulff M, Dahlgren L, Lalos A/ 2011</b>	Conocer las experiencias de ginecólogos, matronas y enfermeras en la asistencia del aborto y desarrollar futuras líneas profesionales en los servicios de aborto.	Estudio cualitativo	Tres grupos de discusión compuestos por enfermeras/matronas (15) y ginecólogos (25) de diferentes hospitales de Suecia y entrevista personalizada.	Análisis de contenido de los grupos de discusión y las entrevistas.	Es necesario un foro de reflexión en estos profesionales para guiar sus actitudes, conductas y actividades. Con el aumento en la proporción de abortos farmacológicos, el papel de la matrona/enfermera ve incrementada su responsabilidad.
<b>9. Lipp A./2015</b>	Describir como el estigma social del aborto electivo aumenta las demandas de cuidado enfermero.	Estudio Cualitativo-Teoría fundamentada	12 enfermeras y matronas que trabajan en los servicios de aborto de Reino Unido con más de 10 años de experiencia.	Análisis comparativo de contenido de entrevistas semiestructuradas	La estigmatización del aborto hace que las mujeres retrasen la búsqueda de servicios y favorece entre las mujeres baja autoestima, ansiedad y depresión entre otros problemas, aumentando la demanda de cuidados. Tratar a cada mujer como única, establecer una relación de confianza reconociendo sus singularidades y problemas mediante la escucha disminuye la estigmatización sentida por la mujer.

<b>10. Llácer Gil de Ramales A, Morales Martín C, Castillo Rodríguez S, Mazarrasa Alvear L, Martínez Blanco/2006</b>	Conocer las circunstancias del embarazo que se interrumpe, las razones para hacerlo y las barreras que encuentran hasta realizarlo en la población inmigrante	Estudio cualitativo	12 profesionales sanitarios (medicina, enfermería y trabajo social) que trabajan en centros que mediaban la derivación y gestión del proceso.	Análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas	Se detectó mayor incidencia de repetición de IVE en población inmigrante. La mayoría acudían solas a las consultas y los profesionales encontraron dificultades a la hora de establecer una relación con las mujeres. Se identificó la necesidad de llevar a cabo programas específicos para población vulnerable y aumentar la educación en salud y acceso a métodos anticonceptivos.
<b>11. Lopes da Silva JP, Araújo M / 2011</b>	Conocer las construcciones de los profesionales de enfermera sobre el aborto y su influencia en la asistencia la mujer en el aborto.	Estudio cualitativo descriptivo	9 enfermeras que trabajan en el servicio de atención al embarazo de alto riesgo en un hospital en Campinas (Pernambuco, Brasil)	Análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas desde una lectura de género.	No siempre la percepción negativa del aborto de la enfermera afecta de manera negativa al cuidado del aborto, aunque si en una mayoría. Es necesario un debate y consenso acerca de los cuidados de enfermería en el aborto y postaborto. El respeto a la dignidad de la mujer y la humanización del cuidado deben ser pilares de dicho cuidado.
<b>12. McLemore M, Desai S, Freedman L, James EA, Taylor D. /2013</b>	Describir las experiencias de las mujeres durante el proceso de aborto respecto al cuidado.	Estudio cualitativo	5214 mujeres que se sometieron a un aborto durante el primer trimestre en los últimos 16 años en clínicas privadas de San Francisco.	Análisis de las encuestas que mezclaban preguntas cerradas de elección múltiple con preguntas abiertas.	Se encontraron resultados muy positivos a cerca del cuidado recibido en el aborto, el 70% refirió que fue mejor de lo que esperaban. El dolor y el tiempo de espera fue lo peor valorado por las mujeres.



<b>13. McLemore M, Levi A. /2011</b>	<p>Conocer la información histórica y actual para enfermeras que brindan servicios de aborto, las actitudes y las percepciones de las enfermeras hacia el aborto, y el papel de la enfermera/matrona en la provisión de servicios de aborto.</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>		<p>Revisión de 59 artículos de la base de datos Pubmed que contenían las palabras clave abortion care, abortion AND nurses, care of women undergoing elective abortions.</p>	<p>Existen diferentes visiones entre las enfermeras ante la IVE, uno de los principales factores que actúan en esta percepción es la religión, pero también la situación legal. En muchos países la enfermera es la principal responsable del aborto farmacológico. Las enfermeras participan en la educación, asesoramiento y cuidado en las mujeres que buscan un aborto,</p>
<b>14. McLemore M, Levi A, James A/2015</b>	<p>Describir las estrategias desarrolladas durante la formación y la carrera profesional desarrolladas por enfermeras expertas en cuidados durante el aborto electivo.</p>	<p>Estudio cualitativo.</p>	<p>16 enfermeras que trabajan el cuidado de la mujer en situación de aborto e diferentes contextos (emergencias, clínicas privadas, quirófano, reanimación y hospitalización)</p>	<p>Análisis de temática y contenido de las entrevistas.</p>	<p>El factor más notable para el reclutamiento fue la exposición al cuidado del aborto durante la formación como estudiantes. En la práctica, las enfermeras identificaron como principales factores para la buena realización de cuidados: el sentimiento de defensa de los derechos de la mujer, la creencia de la Enfermería como trabajo compartido y la capacidad de adaptación. Es necesario visibilizar el papel de la enfermera experta en abortos y disminuir el estigma por los profesionales de salud, mediante formación continuada y publicación de artículos.</p>



<b>15. Miranda Lucas MJ, Comas D'Arge mir, D/2016</b>	Conocer el significado del aborto voluntario para los profesionales y mujeres implicadas tras la aprobación de la Ley SSR y de la IVE	Estudio cualitativo	Profesionales de salud: dos ginecólogas y tres matronas; y seis mujeres.	Búsquedas bibliográficas, observación participante y entrevistas en profundidad.	Tratar el aborto exclusivamente como acto legal, con un significado establecido, ofrece garantías de seguridad en salud pero resulta irreal, puesto que tanto mujeres como profesionales tienen concepciones más amplias.
<b>16. Renner RM, Brahmí D, Kapp N / 2012</b>	Revisar la evidencia de la provisión del aborto por profesional no médico e identificar si trata de una opción efectiva y segura para las mujeres.	Revisión narrativa		Revisión de 5 ensayos clínicos que comparasen la atención en el aborto por un médico comparada con enfermeras y/o matronas	Existe evidencia, aunque limitada, de que Enfermería puede ser entrenada en el aborto farmacológico o por aspiración durante el primer trimestre. Resulta desaconsejado la práctica de un legrado por un personal diferente a médicos especialistas.
<b>17. Strefling ISS, et al /2013</b>	Conocer la percepción de los profesionales de enfermería respecto al cuidado integral y el asesoramiento a la mujer que tuvo un aborto voluntario.	Estudio cualitativo descriptivo	19 enfermeras del servicio obstétrico de un hospital universitario del sur de Brasil	Estudio exploratorio-descriptivo del contenido de entrevistas.	Las enfermeras coincidían en que los cuidados en el aborto no pueden ser influenciados por juzgamientos personales y entienden el cuidado como la satisfacción de las necesidades físicas. La educación en salud sexual y reproductiva es insuficiente y sesgada.
<b>18. Strefling ISS, et al/2015</b>	Describir la gestión y atención de las mujeres hospitalizadas por un aborto inducido desde una perspectiva de enfermería.	Estudio cualitativo	19 enfermeras de una unidad de hospitalización obstétrica de un hospital del sur de Brasil.	Análisis de contenido de entrevistas semiestructuradas	Los discursos se mostraron ambivalentes; algunos decían que existía un cuidado discriminatorio y poca interacción entre enfermera y mujer, sin embargo, otros refieren que el cuidado es bueno e integran iniciativas para humanizarlo

<b>19. Ortega Larrea S, García Orellán R, Ortega Larrea/2016</b>	Analizar la experiencia de las mujeres que han tenido un aborto y las consecuencias que produce en la vida y en el cuerpo de las mujeres, así como valorar si existe apoyo social y recursos para afrontar sus consecuencias	Investigación cualitativa fenomenológica	20 mujeres residentes en el País Vasco que se habían sometido a una IVE entre abril de 2011 y marzo de 2012.	Análisis fenomenológico de entrevistas semi-estructuradas.	Existe una discusión sobre los aspectos sociales, legales y morales del aborto, pero durante el cuidado se ignora lo que trasciende más allá de lo físico. Esto se da por la falta de información y formación de los sanitarios. Ni en la mujer, ni los profesionales, ni la propia sociedad quiere hablar sobre el aborto
<b>20. Pitilin EB, Banazeski AC, Bedin R, Gasparin VA /2015</b>	Identificar en la literatura científica los cuidados de enfermería específicos durante el aborto inducido.	Revisión bibliográfica.		Revisión integral de los documentos en las bases de datos LILACS, BDENF, MEDLINE Y SciELO a partir de los descriptores “aborto provocado y cuidados de enfermería” hasta el año 2014.	La discriminación y los peligros para la salud impuestos en las mujeres por razones culturales, legales y religiosas que involucran el tema del aborto contribuyen en la precariedad de la asistencia.

Fuente: Elaboración propia.